

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1977 - N° 4 2 4

**A PROPOS DE 100 INTERVENTIONS
POUR DES PROBLEMES DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE
A L'HOPITAL CARDIOLOGIQUE DE LYON.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 5 Octobre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Guy MOREAU

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 15 Juin 1947

à LYON (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. LYON-NORD

Année 1977 - N°

**A PROPOS DE 100 INTERVENTIONS
POUR DES PROBLEMES DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE
A L'HOPITAL CARDIOLOGIQUE DE LYON.**



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 5 Octobre 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Guy MOREAU

Interne des Hôpitaux de Lyon

né le 15 Juin 1947

à LYON (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. LYON-NORD

Année 1971 - N°

A PROPOS DE 100 INTERVENTIONS
POUR DES PROBLEMES DE PSYCHIATRIE
ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE
A L'HOPITAL CAROLOGIQUE DE LYON.



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 5 Octobre 1971
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

GUY MOREAU

né le 15 Juin 1947

à LYON (France)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

Président de l'Université : Monsieur le Professeur D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Monsieur le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Monsieur B. ROUSSET
Troisième Vice-Président : Monsieur R. LOPEZ
Secrétaire Général : Monsieur J. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

ECINE - GRANGE-BLANCHE - Directeur : Monsieur le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL Directeur Monsieur le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST Directeur Monsieur le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD Directeur Monsieur le Docteur J.P. NEIDHARDT
Directeur
Honoraire : Monsieur le Professeur A. BERTOYE

LOGIE HUMAINE - Directeur : Monsieur le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)

HNRIQUES DE READAPTATION - Directeur : Monsieur le Docteur A. MORGON (MCA)

ENCES PHARMACEUTIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur BIZOLLON

ENCES ODONTOLOGIQUES - Directeur:: Monsieur le Docteur R. VINCENT

ITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'UER : Monsieur le Professeur R. GUILLET

Directeur : Monsieur A. MILLON

HEMATIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur E. COMBET

SIQUE - Directeur : Monsieur le Professeur J. DELMAU

MIE ET BIOCHIMIE - Directeur : Monsieur le Professeur J. HUET

ENCES DE LA NATURE - Directeur : Monsieur le Professeur R. GINET

ENCES PHYSIOLOGIQUES - Directeur : Mademoiselle le Professeur J.F. WORBE

ITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 1 - Directeur : Mr le professeur B. POUVET

ITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 2 - Directeur : M.J. GALLET (Directeur
ENSAM)

ERVATOIRE - Directeur : Monsieur MONNET (Astronome Adjoint)

SIQUE NUCLEAIRE - Directeur : Monsieur le Professeur GUSAKOW

ANIQUE - Directeur : Mademoiselle le Professeur G. COMTE-BELLOT.

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Assesseurs : Monsieur le Professeur A. GONIN
Monsieur le Professeur P. MICHAUD
Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE
Monsieur le Docteur J. COTTRAUX

A mon père

A ma mère

A mes soeurs et à mon frère

A toute ma famille

A la mémoire de mon oncle le Docteur REBATEL

A tous mes amis.

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Il est un des créateurs de la psychologie médicale,
et à été en grande partie responsable de son développement.

Ouvert à tous les courants de la psychiatrie moderne,
nous pouvons apprécier chaque jour l'étendue de son savoir.

Il sait toute l'admiration que nous lui portons et
combien nous sommes fier d'être son élève.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de
notre plus fidèle attachement.

Aux membres de notre jury

Monsieur le Professeur A. GONIN

Il nous a permis de réaliser ce travail en nous ouvrant largement les portes de son service.

Il est un des grands maîtres de la cardiologie, où son autorité est largement reconnue.

Nous regrettons de ne pas avoir eu plus d'échanges avec lui, étant donné l'importance de son savoir et l'amabilité avec laquelle il nous a reçu.

Nous le remercions d'avoir accepté d'être notre juge, en espérant que ce travail ne l'aura pas déçu.

Monsieur le Professeur P. MICHAUD

Il sait combien nous avons apprécié son service
où nous avons toujours été accueilli avec bienveillance.

Au-delà de ses qualités éminentes de chirurgien,
il nous a toujours fait sentir l'importance qu'il attachait
à parler avec le malade.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait
de bien vouloir juger ce modeste travail.

Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE

Au sein des difficultés de l'urgence psychiatrique, nous avons pu apprécier sa maîtrise et la clarté de son jugement.

Nous regrettons la brièveté d'un semestre, au cours duquel il nous a témoigné à plusieurs reprises de sa sympathie.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre gratitude.

Monsieur le Docteur J. COTTRAUX

L'importance et l'étendue de ses connaissances nous ont impressionné.

Il a toujours su être là à des moments d'interrogation, en nous aidant de la meilleure façon possible.

Ce travail n'est qu'une partie de la dette que nous avons à son égard. Il sait l'amitié que nous lui portons.

Au personnel du laboratoire de psychologie médicale, et de
l'hôpital cardiologique sans lequel ce travail n'aurait pas été pos-
sible.

A nos maîtres dans les hôpitaux

Etudiant hospitalier :

Mademoiselle le Docteur LANTERNIER

Monsieur le Docteur de MOURGUES

Monsieur le Docteur BERARD

Monsieur le Professeur VACHON

Monsieur le Professeur THIVOLET.

Internat :

Monsieur le Docteur BERARD

Monsieur le Professeur GUILLEMIN

Monsieur le Docteur FRAISSE

Monsieur le Docteur J. REIHER

Monsieur le Docteur B. LONGPRÉ

Monsieur le Docteur Jn PEPIN

Monsieur le Docteur J. BEAUDRY

Monsieur le Docteur C. CHASSAGNON

Monsieur le Professeur M. COLIN

Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

} Centre hospitalier
Universitaire de
Sherbrooke - Canada.

P L A N

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : LE CADRE D'INTERVENTION

- 1 - L'hôpital cardiologique.
- 2 - La population étudiée.
 - a) Les motifs d'hospitalisation.
 - b) Les antécédents.
 - c) Le diagnostic médical.
 - d) Les données sociologiques.
- 3 - Le Laboratoire de psychologie médicale.
 - a) Définition - Nature - Fonctions.
 - b) La psychiatrie de liaison.
 - c) Modalités pratiques des consultations.
 - d) Analyse des dossiers.

DEUXIEME PARTIE : LES MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES

- 1 - Fréquence générale.
- 2 - Analyse de la demande.
- 3 - Diagnostic psychiatrique.
- 4 - Les situations cliniques.
 - L'urgence psychiatrique :
 - . Les menaces suicidaires.
 - . Les bouffées délirantes.
 - . Les crises d'angoisse.
 - Les manifestations psychiatriques retardées ou latentes.
 - . Les états dépressifs.
 - . Les états névrotiques.
- 5 - Etape thérapeutique et aspects évolutifs.
 - Les modalités thérapeutiques.
 - Les résultats immédiats.
 - Les résultats à moyen terme.

TROISIEME PARTIE : TROUBLES PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOLOGIQUES.
ET AMBIANCE RELATIONNELLE.

- 1 - Situation du problème.
- 2 - Analyse de la demande.
- 3 - Rôle du psychiatre.
- 4 - Illustrations.

QUATRIEME PARTIE : LES ASPECTS THERAPEUTIQUES.

- 1 - Au cours de l'hospitalisation.
- 2 - Après l'hospitalisation.
- 3 - Quelle attitude adopter ?

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Ce travail représente le résultat d'une étude de 100 dossiers de consultation de psychiatrie à l'hôpital cardiologique de Lyon.

Cette consultation devait répondre aux problèmes psychiatriques rencontrés dans deux services de cet hôpital ; l'un à vocation médicale, l'autre chirurgicale.

Le statut du consultant qui appartenait à un service de psychologie médicale et ses motivations personnelles permettaient en fait une extension de la demande à tout ce qui apparaissait comme psychologique au personnel soignant.

Cette thèse a un double but ; tout d'abord d'essayer de situer l'importance et la nature des troubles psychiatriques rencontrés dans cet hôpital. D'autre part par l'analyse des demandes d'intervention et des réponses de préciser une modalité d'exercice psychiatrique plus communément désignée sous le nom de psychiatrie de liaison.

Notre travail ne se veut pas une étude à visée psychopathologique mais une relecture d'un matériel clinique. Il vise à matérialiser ce qu'on appelle l'expérience clinique et à contrôler d'une manière aussi objective que possible ce que l'on croit savoir.

De ce fait, on ne trouvera pas de revue générale bibliographique sur les troubles psychiatriques en cardiologie.

PREMIERE PARTIE : LE CADRE D'INTERVENTION

1 - L'HOPITAL CARDIOLOGIQUE.

Il a été créé à l'automne 1969 ; lieu d'une remarquable concentration technique : il fonctionne comme un centre de diagnostic et de thérapeutique aigu , alimenté en grande partie par les cardiologues de la région.

La durée limitée du séjour 17 à 18 jours en chirurgie cardiovasculaire, 9 en médecine cardiologique, illustre bien cette fonction aiguë des soins.

Pour un certain nombre de patients, en particulier les opérés, ou les sujets ayant eu un infarctus, l'hospitalisation est prolongée par un séjour en maison de convalescence.

2 - LA POPULATION ETUDIEE.

a) Les motifs d'hospitalisation.

Ils sont détaillés dans le premier tableau ; on peut les diviser en trois groupes :

- la moitié des patients fut hospitalisée pour une intervention chirurgicale ; il s'est agi dans la majorité des cas, de la mise en place d'une prothèse valvulaire plus rarement d'une opération de pontage coronarien.
- un quart environ était des sujets déjà connus comme cardiaques, et qui rentrait pour une aggravation de leur état.
- 20 % furent hospitalisés pour des douleurs thoraciques évoquant la coronarite (infarctus, angine de poitrine, douleur anorganique).

b) *Les antécédents.*

Deux tiers des sujets ne présentaient apparemment que des antécédents somatiques. Il n'était fait mention d'aucun trouble psychiatrique dans l'observation médicale. Un tiers par contre, avait présenté avant l'hospitalisation soit des états dépressifs, soit des troubles vraisemblablement névrotiques classés comme "anxiété chronique". Il faut ajouter que ce dernier élément est recherché de manière presque systématique en pathologie coronaire où il est admis qu'il constitue un facteur de risque.

c) *Le diagnostic médical.*

Il s'agit ici du diagnostic fait à la sortie du malade tel qu'il est indiqué sur le dossier; on note la prépondérance de la pathologie valvulaire et à un degré moindre coronarienne.

Aucune affection cardiaque n'a été reconnue chez 12 patients; on retrouve ici des troubles d'origine exclusivement névrotique (hystérie et névrose d'angoisse en particulier).

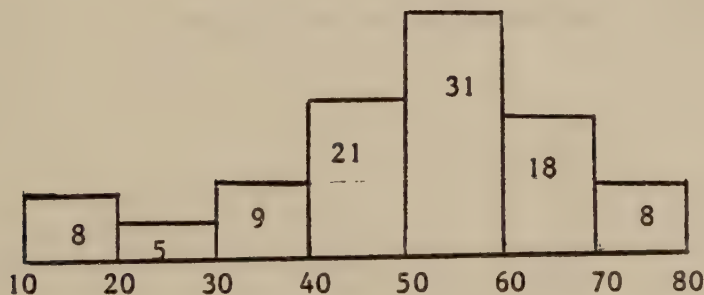
d) *Les données sociologiques.*

L'âge moyen des patients se situe près de la cinquantaine.

L'hospitalisation représente pour la plupart un éloignement important.

La population étudiée est presque exclusivement française. Les deux sexes sont également représentés.

Âges :



Nationalité : Française : 93 % - Nord-Africaine : 5 % - Italienne : 2 % .

Sexe : Féminin : 56 % - Masculin : 44 % .

Lieu d'habitation : Proche : 46 % - Eloigné (plus de 100 kms) : 54 % .

- Les conditions d'hospitalisation -

- Motifs d'hospitalisation : Intervention Chirurgicale : 52 %
Aggravation de l'état cardiaque
antérieur : 26 %
Douleur évoquant la coronarite : 22 %
- Antécédents : uniquement somatiques : 64 %
psychiatriques et somatiques : 35 % } Psychose : 2 %
uniquement psychiatrique : 1 % } Dépressions : 25 %
Tentatives d'autolyse : 4 %
Anxiété chronique : 5 %
- Diagnostic médical : Valvulopathie : 49 % } Polyvalvulopathie : 21 %
Rétrécissement mitral : 14 %
Rétrécissement aortique : 7 %
Endocardite infectieuse : 3 %
Insuffisance mitrale : 2 %
Insuffisance aortique : 2 %
- Malformations congénitales : 5 %
Coronarite : 17 %
Insuffisance cardiaque d'autre origine : 6 %
Autres diagnostics : 11 % { Péricardite : 4 %
Hypertension artérielle : 3 %
Anévrisme aortique }
Troubles du rythme } 4 %
Cardiomyopathie }
- Absence de maladie cardiaque : 12 %

3 - LE LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE MEDICALE.

a) Définition - Nature - Fonction .

- La psychologie médicale peut se définir comme une discipline donnant au médecin des informations et des connaissances suffisantes pour qu'il puisse comprendre son malade en tant que personne humaine souffrant d'une maladie et qu'il puisse mieux le traiter, selon les données scientifiques habituelles mais en tenant compte de ces données psychologiques; la relation médecin-malade est alors l'objet privilégiée de la psychologie médicale (102).

- Le laboratoire de psychologie médicale a pris naissance avec l'hôpital neurologique en 1962 ; le mode de fonctionnement du service se fait à deux niveaux : (51)

. Une activité de consultation externe qui est la plus importante s'adressant à des sujets non hospitalisés débouchant sur des prises en charge de type psychothérapique, ou psychiatrique classique.

. Une activité interne intéressant divers services médicaux spécialisés (cardiologie, gastro-entérologie, neurochirurgie, obstétrique ...) : la psychiatrie de liaison recoupe la plus grande partie de cette activité.

- Une série de travaux cliniques ou de recherche a été consacrée depuis plusieurs années à la cardiologie ; en particulier à la chirurgie cardiaque (83) et à la psychosomatique dans les affections coronariennes (15, 20).

b) La psychiatrie de liaison (101)

Elle s'est construite autour du patient identifié comme étant psychiatrique, et intéresse donc les cas patents de névroses et psychoses ainsi que les réactions psychiques anormales.

Elle peut se restreindre à une activité diagnostique de consultant aboutissant à une prescription thérapeutique le plus souvent médicamenteuse. Mais elle s'étend aussi à une compréhension de la demande de l'examen d'un malade faite par le médecin et des motivations de ce dernier.

Le psychiatre n'assume pas toutes les prises en charge, le médecin traitant conservant son rôle thérapeutique aussi bien pour l'affection somatique que pour l'affection psychiatrique.

Ce fonctionnement impose une intégration à l'équipe médicale dans une activité de plein temps.

Dans le but d'arriver à ce fonctionnement tel que le situe SCHNEIDER, nous avons essayé de structurer cette consultation.

c) Modalités pratiques de consultation.

La consultation a eu lieu de manière systématique deux jours de la semaine. Il était par ailleurs répondu à tout appel urgent, et tout patient dont l'état le nécessitait était revu les jours suivants.

La demande était faite oralement au cours d'un entretien avec l'équipe soignante. Ceci avait pour but de la rendre la plus explicite possible et ainsi de diminuer les écarts inévitables entre langage somatique et psychiatrique.

L'entretien durait en moyenne une heure; il avait lieu le plus souvent dans une pièce isolée lorsque l'état du patient le permettait, seul avec le malade ou en présence d'un tiers-soignant s'il le désirait.

Des liens privilégiés existant entre le service de médecine et de chirurgie permettaient une certaine continuité des soins. La proximité du service de consultation psychiatrique garantissait une action rapide en cas d'urgence. Une relation verbale de l'entretien était faite tentant de répondre "au plus près" de la demande; "un mot" était écrit systématiquement sur le dossier. Ces modalités pratiques de consultation ont été possibles à l'hôpital cardiologique, dans deux services, où l'on avait parfaitement conscience de la dimension psychologique de la maladie et où l'intervention d'un psychiatre n'éveillait pas trop de résistance.

d) Analyse des dossiers.

Le travail que nous présentons provient d'une analyse de 100 dossiers de consultation : La consultation provenait exclusivement soit du service de médecine du Professeur GONIN, soit de chirurgie du Professeur MICHAUD.

Ces dossiers correspondent à une activité de consultation d'une année.

DEUXIEME PARTIE : LES MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES

1 - FREQUENCE GENERALE.

Pendant une période de 12 mois, nous avons enregistré 100 demandes de consultation.

Ces appels, comme nous le verrons, correspondaient à des troubles psychologiques patents, le plus souvent de nature psychiatrique (délire, dépression, crises d'angoisse...).

2.800 patients environ furent hospitalisés pendant cette année dans les deux services considérés ; Trois-quart en médecine, un quart en chirurgie (statistiques des Hospices Civils de Lyon pour l'année 1976).

La fréquence des troubles psychiatriques peut donc être située entre 3 % et 4 %.

Si l'on compare cette fréquence par rapport à d'autres études, elle apparaît faible, sauf en comparaison d'une statistique faite à la Mayo-Clinic citée par LIPOWSKI (80).

Il va de soi que les modalités de chaque enquête varient (tests, personnalité de l'enquêteur, étude systématique), ainsi que la définition de ce qu'on entend par troubles psychiatriques.

On peut prendre plusieurs axes de comparaison :

- Les besoins psychiatriques à l'hôpital général :

Ils sont évalués à un minimum de 30 % d'après l'enquête réalisée par G. FERREY pour l'Assistance Publique de Paris il y a une dizaine d'années.

Cette fréquence est retrouvée par LACROIX et JUSTIN-BESANCON (75, 64).

LIPOWSKI dans une revue de la littérature situe cette fréquence entre 4 % et 13 %.

- Dans une perspective plus cardiologique :

on trouve des chiffres très contradictoires quelle que soit la pathologie cardiaque incriminée.

Ainsi :

- Après chirurgie cardiaque ; KNOX (70) en 1961 en revoyant les cas publiés, notait que l'incidence des troubles psychiatriques après chirurgie à coeur ouvert variait de 1 % à 57 % !!!
- Au cours du rétrécissement mitral : RASTELLI (92) dans sa thèse sur les troubles psychiques chez 400 sujets porteurs d'un rétrécissement mitral trouve 12,5 % de patients présentant des troubles névrotiques et psychotiques.
- DREWRY situe à 10 % l'incidence de manifestations psychiatriques chez les cardiaques en général (29).
- Enfin, pour mesurer la relativité de ces statistiques, le chiffre que donne l'Organisation Mondiale de la Santé sur la fréquence des maladies mentales dans les pays industrialisés, dans la population générale est de 10 % pour les états névrotiques et de 2 % pour les états psychotiques, chiffre cité par LACROIX.
- Dans l'ensemble, les chiffres sont cependant supérieurs aux nôtres. Il faut à notre avis expliquer cette différence par le fait qu'il ne s'est pas agi d'une enquête systématique, et que très probablement des patients qui présentaient des troubles considérés comme mineurs n'ont pas fait l'objet de consultation psychiatrique.

2 - ANALYSE DE LA DEMANDE.

Pour situer cette demande, nous avons essayé de déterminer quatre caractères :

- L'origine de la demande :

Les 100 demandes de consultation se répartissent grossièrement pour les deux tiers d'une provenance médicale et un tiers d'une provenance chirurgicale. Cette répartition est tout à fait parallèle à celle de la population hospitalière, ce qui laisserait sous entendre que l'incidence relative des troubles psychiatriques est la même en chirurgie qu'en médecine. Il faut néanmoins tenir compte du fait, qu'une partie importante des complications psychiatriques en particulier dépressives, après la chirurgie cardiaque, n'a été constatée qu'au retour du patient en médecine.

La demande vient le plus souvent d'une évaluation conjointe d'un responsable médical et infirmier. Plus rarement d'un médecin seul, ou de l'infirmière cheftaine, bien que cette demande apparaisse un peu particulière à la chirurgie.

Deux patients demanderont d'eux mêmes à voir un psychiatre... l'un faisait une demande d'internement en milieu psychiatrique... l'autre une demande de psychothérapie...

- Moment de la demande :

La demande apparaît retardée par rapport au début du séjour hospitalier ; l'intervention psychiatrique pour les trois quarts des patients venant plusieurs jours après l'admission.

Il faut noter que 18 patients ont été vus très rapidement après leur admission. Il s'agissait dans presque tous les cas, de consultation qui prenait un caractère d'urgence.

Sept sujets ont été vus, la veille ou quelques jours avant le départ qui avait été fixé.

Le caractère retardé de cette demande est retrouvé de manière assez générale. Nous verrons plus loin qu'il renvoie à des situations cliniques précises.

- Motif et but de la demande :

. En première approximation, l'intervention psychiatrique est sollicitée dans un but thérapeutique et avant tout médicamenteux ; ceci est particulièrement vérifié chez les patients présentant un état dépressif ou un état d'anxiété jugé comme anormal.

. La demande diagnostique est plus rare, elle recoupe trois situations précises :

1°) Les troubles du comportement :

Ici, ce qui attire l'attention, c'est la bizarrerie, l'incompréhension, l'étrangeté : La difficulté à comprendre, voire à communiquer entraîne plus ou moins rapidement des problèmes relationnels.

2°) Le problème de "la psychogénèse" est très souvent posé devant des manifestations somatiques dont le bilan s'avère négatif.

3°) Le contrôle de l'état psychiatrique est parfois demandé chez des sujets aux antécédents psychiatriques patents.

- Lieu de la demande :

Chirurgie : 33 %

Médecine : 67 %

- Identification du demandeur :

Médecin et infirmière : 62 %

Infirmière seule : 26 %

Médecin seul : 12 %

Le patient : 2 %

- Moment de la demande :

Précoce (le jour de l'arrivée ou avant l'intervention) : 18 %

Au cours du séjour : 75 %

La veille du départ : 7 %

- But de la demande :

Thérapeutique : 76 %

Diagnostique : 24 %

- Motif de la demande :

Dépression : 43 %

Anxiété anormale : 18 %

Trouble du comportement : 18 %

Psychogénèse : 10 %

Etat délirant : 4 %

Risque suicidaire : 4 %

Malade psychiatrique connu : 3 %

3 - DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE.

Il s'agit du diagnostic tel qu'il a été posé au cours de l'hospitalisation; la durée le plus souvent limitée de l'observation donne un caractère relatif à l'exactitude de ce diagnostic.

Il nous semble logique dans ces conditions d'adopter la classification psychiatrique la plus simple.

- Les états névrotiques représentent l'aspect clinique le plus fréquemment rencontré (81 %).

Rarement on est en présence d'une symptomatologie névrotique exclusive ; hystérique ou phobique. Le plus souvent, des modifications thymiques dépressives sont associées.

- Les états psychotiques sont retrouvés chez 11 patients.

Quatre présentèrent une bouffée délirante post-opératoire, sept avaient une symptomatologie à prédominance dépressive.

- Un patient était un arriéré mental.

- Sept sujets furent examinés sans qu'aucun diagnostic psychiatrique ne soit retenu. Cette marge d'erreur est retrouvée habituellement.

- Le détail de ces troubles est donné dans le tableau suivant.

Diagnostic psychiatrique

Etats névrotiques: 81 % → manifestations névrotiques prédominantes : 25 %
→ associés à un état dépressif : 56 %

Etats psychotiques : 11 % → aigus : 4 %

→ chroniques: 7 %

{ Paranoïa : 3 %
} Schizophrénie : 1 %
} Mélancolie : 1 %
} Démence sénile : 2 %

Arriération mentale : 1 %

Diagnostic ? : 7 %

4 - LES SITUATIONS CLINIQUES.

Pendant l'hospitalisation, un certain nombre de tableaux cliniques s'individualise. Une partie est constituée de ce qu'on peut définir comme l'urgence psychiatrique :

- la sémiologie psychiatrique est au premier plan.
- Elle est d'apparition brutale.
- Elle impose une intervention psychiatrique rapide.
- Ces tableaux sont au nombre de 3 :
 - 1°/ Les crises suicidaires ;
 - 2°/ Les bouffées délirantes ;
 - 3°/ Les crises d'angoisse.

La majeure partie des manifestations psychiatriques est en fait d'apparition retardée ; sémiologie psychiatrique se démasquant au cours du séjour.

- Ce sont : les états dépressifs.

les manifestations somatiques d'origine névrotique ; classiquement les fonctionnels et les anxieux.

- Les menaces ou tentatives suicidaires

- 5 patients furent vus quelques heures après leur admission, soit parce qu'ils présentaient des antécédents suicidaires récents, soit parce qu'ils exprimaient le désir de mettre fin à leurs jours.

- Cas n° 1 - Mr B..., 42 ans, a fait quelques jours avant son hospitalisation à Lyon, une tentative de défenestration lorsqu'il a su qu'on allait l'opérer du coeur.

Le médecin hospitalier qui l'a envoyé, l'a jugé dans un état médical critique. Il n'a pas su repousser l'intervention, et l'a fait transférer en ambulance sous neuroleptique.

Nous le voyons donc, la veille de l'opération. Il est extrêmement angoissé, exprimant la certitude qu'il va mourir. Il affirme que sa mort va entraîner celle de sa famille qui ne pourra plus vivre sans son aide. Il paraît très culpabilisé par son affection cardiaque, comme s'il en était responsable,

se reprochant en particulier une intoxication éthylique quelques années auparavant.

Il est père de 5 enfants qui sont restés en Algérie avec leur mère. Lui vit en France depuis 15 ans. Aucun problème médical ou psychiatrique n'a été relevé à ce jour.

L'histoire médicale est celle d'une péricardite très rapidement évolutive et apparue quelques semaines auparavant.

Après un certain temps de discussion, une sédation est perceptible. Elle nous paraît en tout cas suffisante pour permettre l'intervention ; il nous avait été dit qu'il ne serait pas opéré de force.

L'intervention chirurgicale se passe sans aucune difficulté.

L'amélioration immédiate est très spectaculaire. La dépression pré-opératoire fait place à un état d'euphorie, dans lequel il se considère comme miraculé, couvrant de louanges ceux qui l'ont opéré.

Quelques jours plus tard, on assiste à une rechute dépressive. Il ne comprend pas qu'on poursuive un traitement médicamenteux en l'occurrence anti-bacillaire puisqu' "il est guéri".

L'importance de sa dépression justifie l'emploi de perfusion d'antidépresseurs ; mais son état se modifie peu au cours de son séjour hospitalier.

Ce traitement est poursuivi en maison de convalescence où il s'améliore très lentement. Il est perdu de vue pendant plusieurs mois.

Nous le revoyons un an plus tard ; Il ne prend plus aucun traitement. Aucun symptôme dépressif n'est retrouvé. La transformation médicale est aussi étonnante. Il a depuis repris son travail.

Sous le nombril, est apparu un tatouage ... représentant un coeur.

Le cas de ce patient suscite plusieurs commentaires:

Il pose tout d'abord le problème des contre-indications psychiatriques à l'intervention chirurgicale.

Il semble d'autre part, que la verbalisation de son angoisse, l'expression de sa crainte de mourir, de sa culpabilité aient eu un certain effet anxiolytique.

L'évolution post-opératoire est assez typique. Après une phase maniaque ou de triomphe naît un sentiment dépressif très important. Tout s'est passé comme si le geste chirurgical, vécu comme miraculeux, véritable victoire sur la mort, n'aurait pas du être prolongé d'une convalescence.

Les troubles psychiatriques resteront importants pendant plusieurs mois, mais l'évolution à moyen terme est finalement très satisfaisante.

- Les bouffées délirantes

Des épisodes délirants sont survenus chez 4 patients après un intervalle libre post-opératoire de quelques jours, parfois 10 jours.

En général, le sujet est immédiatement après l'intervention dans un état de semi-conscience mis sur le compte du traumatisme opératoire. L'attention n'est habituellement pas attirée à moins qu'il n'existe des troubles importants du sommeil.

Les hallucinations sont présentes, souvent sont très fugaces et critiquées, mais parfois elles atteignent une importance beaucoup plus grande, et le tableau réalisé alors est celui d'une psychose aiguë avec des thèmes délirants centrés sur l'intervention, ou d'allure mystique, mais avec toujours un caractère persécutoire.

L'onirisme est intense et la désorientation temporo-spatiale constante, le tableau réalisé évoquant un syndrome de KORSAKOFF.

L'évolution immédiate est pratiquement toujours favorable ; la durée d'un traitement neuroleptique variant selon les auteurs de quelques jours à plusieurs mois, l'évolution à long terme par contre paraît moins encourageante (56).

- Cas n° 2, Mme G..., est vue en urgence. Elle présente brutalement 10 jours après une intervention pour rétrécissement mitral, un état d'agitation. Lorsque nous la voyons, elle nous interpelle, en Espagnol, puis en Français, croyant reconnaître l'un de ses fils... elle paraît dans l'attente d'un danger, priant... pour finalement détourner son attention sur un coin de la pièce... qu'elle fixe avec une intensité particulière ... elle tente ensuite de sortir de sa chambre, en criant visiblement très angoissée.

L'examen est pratiquement impossible; nous devons nous limiter à un entretien bref et nous lui prescrivons des neuroleptiques.

Nous la revoyons le lendemain, son état d'agitation a complètement cessé ; elle ne paraît pas nous reconnaître, où du moins avec beaucoup de difficultés, elle dit ignorer ce qui lui est arrivé.

A l'évidence, notre présence n'est pas très bien supportée et nous attribuons l'anxiété manifeste que suscite notre visite, à la crainte que nous apportons de faire resurgir son délire.

Elle donne beaucoup moins d'inquiétude au personnel médical et nous interrompons les consultations d'un commun accord, tout en prenant des nouvelles. Nous sommes rappelés quelques jours plus tard car cette patiente refuse brutalement de prendre ses comprimés craignant qu'on l'empoisonne. Le refus de cette prise médicamenteuse s'accompagne d'une angoisse importante de la part du personnel car l'un des médicaments est un anticoagulant, médication absolument indispensable chez les opérés du coeur. La patiente croît reconnaître dans le couloir certaines personnes passant furtivement et n'est rassurée que par une partie du personnel.

Ce syndrome persécutoire s'atténue en fait progressivement, et au bout de quelques jours, la malade est d'accord pour partir en maison de repos, parlant néanmoins d'un Italien qui l'a menacée, ce que nous pensons symboliser dans son langage par la consonnance italienne de notre nom, et qui semble être le seul reliquat de son épisode confusionnel.

Nous voudrions ajouter à cette description d'autres éléments qui sont peut être intervenus dans la genèse de cet épisode:

Cette patiente avait été opérée d'un rétrécissement mitral en urgence (24 heures après son admission) ; connue comme cardiaque depuis longtemps, elle avait toujours refusé d'être opérée, et c'est devant son état gravissime que sa famille l'avait amenée.

L'intervention avait été particulièrement difficile entrecoupée de nombreux arrêts cardiaques, et suivie d'une période de troubles de conscience très prolongée ; ce n'est que le dixième jour après l'intervention que la patiente avait émergé de cet état de torpeur, qui rapidement a laissé la place à un délire.

Avec un traitement neuroleptique, cette patiente comme les autres cas que nous avons rencontrés, s'est améliorée. Mais la relation psychiatrique devenait ambivalente et angoissante avec le désir de voir ce que l'autre avait aperçu et la honte de l'avoir montré.

Des rencontres avec la famille, montraient chez eux une bonne tolérance à l'égard de son délire, en particulier au moment de ses idées d'empoisonnement : tolérance qui apparaissait un peu paradoxale. En fait, sa famille la décrivait comme ayant toujours été d'une grande méfiance, vivant dans un semi-isolément, loin de sa famille depuis le décès de son mari.

On voit que dans ce cas, sont introduits de manière schématique, les hypothèses évoquées dans la nature de ces états confuso-oniriques.

- L'existence d'une personnalité antérieure perturbée: dans le cas présent la suspicion d'un état délirant antérieur.
- Le rôle des facteurs opératoires (durée d'intervention, arrêts cardiaques, séjour au recovery-room) voire de l'origine mitrale de la cardiopathie.

Aussi pour certains, point n'est besoin d'état psychotique ou névrotique pour entraîner un accident psychiatrique post-opératoire (COLDEFY), alors que pour d'autres, même quand le trouble paraît essentiellement circulatoire, cela ne semble pas suffisant pour expliquer cet état délirant post-opératoire.

- Les crises d'angoisse

Elles sont le plus souvent facilement reconnues par le personnel soignant, étant considérées comme tout à fait naturelles en période pré-opératoire tant il est évident que le moindre geste sur le coeur, revient finalement à attraper, à manipuler et à trancher un organe qui pour le plus ignorant, ou le plus simple des malades est considéré comme l'organe par excellence: L'intervention chirurgicale étant comprise comme une lutte héroïque entre la vie et la mort (20).

En général, cette angoisse est prévenue par une information pré-opératoire importante, ou accessible à des attitudes de rassurement verbal, sinon à la prescription de sédatifs.

L'intensité de cette angoisse est parfois telle, qu'elle dépasse les limites du contrôle médical, devenant envahissante et contaminante.

- Cas n° 3, Mr C..., 43 ans, présente un état d'agitation très important lorsqu'il apprend la veille de l'intervention comment se passera son séjour en réanimation. Il est hospitalisé depuis plusieurs jours et jusqu'à maintenant n'a posé aucun problème. Il a fait il y a quelques temps, un infarctus du myocarde, et il doit subir demain un pontage coronarien.

Il s'est angoissé lorsqu'il a appris comment se passerait son séjour en réanimation, et en particulier le fait qu'on allait lui mettre des tubes dans le nez et dans la verge. Il décrit ainsi ce qu'il appelle "sa claustrophobie" et qui dit-il ne peut être compris que par un psychologue.

"Voilà, depuis tout petit, je fais toujours le même rêve... je tombe dans un trou... et la terre me recouvre, et j'étouffe....

En fait, cela m'est arrivé, un jour en faisant une tranchée pour jouer... j'ai failli étouffer... Mon premier infarctus... je l'ai fait aussi après ce rêve. Je me suis réveillé une nuit... j'ai cru mourir... je travaille dans le bâtiment... je n'ai jamais pu descendre dans un trou...

On m'a expliqué ce qu'on allait me faire... on m'a dit qu'on me mettrait des tubes dans le nez, je ne peux jamais respirer du nez... je suis gêné... des tubes dans la bouche... dans la verge... c'est sûr que je vais m'agiter... si seulement je recevais un petit peu d'air... j'ai toujours été nerveux... on m'a donné des tas de médicaments... on m'a dit que j'étais anxieux... jusqu'au jour où j'ai fait un infarctus... Je fais d'autres rêves... en particulier une autre fois... je me suis réveillé la nuit... j'étais sur un cheval au grand galop ... je ne pouvais l'arrêter... c'était horrible... je ne pouvais plus respirer..

Après une intervention pour une hernie discale... j'ai fait une embolie pulmonaire... j'avais l'impression d'être dans le trou... dix jours après cela s'est reproduit... on m'a mis derrière le paravent comme si j'allais mourir... j'ai peur... j'ai un copain qui a le même problème que moi... il a peur de mourir... Il ne veut pas qu'on recouvre son cercueil de terre. On va me faire un pontage coronarien... j'ai l'impression que je vais mourir... je m'en suis tiré trois fois... deux embolies... un infarctus... on ne peut jouer le trompe-la-mort éternellement... je crois que la quatrième va être fatale... mon père est mort en une demi-heure d'infarctus... comme ma mère... et moi je reviens à Lyon pour mourir... j'ai eu trop de chances jusqu'à maintenant.

Après l'entretien, on prescrit un sédatif à prendre le matin même de l'intervention... Il est opéré... les nouvelles prises au réveil sont rassurantes... Nous le voyons lorsqu'il sort de la salle de réanimation. Il va très bien... Les jours suivants, il s'améliore progressivement. Il commence néanmoins à s'impatienter... trouve qu'il est "enfermé" depuis trop longtemps ... le temps lui presse de sortir... Il part directement chez lui... Son médecin de Roanne auquel nous demandons des nouvelles écrit quelques mois plus tard :

"Ce malade qui a subi un pontage aorto-coronarien va bien au point de vue cardiaque, il va bien également au point de vue neuropsychiatrique, il est très détendu actuellement, beaucoup moins anxieux, il dort bien et il envisage de reprendre son travail d'ici deux mois".

Le patient nous écrit "je n'ai rien de particulier à vous signaler, dans l'ensemble, je me suis bien rétabli de mon opération, et tout va pour le mieux. Je vais reprendre mon travail en Septembre et j'espère que tout ira bien.

- Les états dépressifs

Ils représentent l'aspect clinique le plus fréquemment rencontré.

On peut individualiser trois situations :

- L'attention est rapidement attirée parce qu'on se trouve devant des manifestations dysthymiques, souvent chez un sujet aux antécédents dépressifs patents.
 - Parfois, la séméiologie psychiatrique est marquée par des plaintes somatiques en particulier des douleurs thoraciques.
 - Enfin, très souvent après l'intervention chirurgicale, l'attention est sollicitée par la persistance d'une incapacité physique importante, d'un sentiment de fatigue qui se prolonge, posant alors des problèmes relationnels.
- Cas n° 4, Mme F..., âgée de 53 ans, rentre à l'hôpital cardiologique pour un bilan de douleurs thoraciques.

Elle a déjà été hospitalisée quelques semaines auparavant pour la même raison. Les examens pratiqués ont tous été normaux ; mais son médecin traitant désirerait qu'il soit pratiqué une coronarographie.

Elle présente un état dépressif qui attire rapidement l'attention dans le service, pleurant à plusieurs reprises lorsque l'interne lui rend visite.

Son état avait d'ailleurs nécessité un premier traitement qu'elle décrit comme "de choc" et qui "a fini à la poubelle" et un traitement antidépresseur avec un composé tricyclique avant son hospitalisation.

Outre ses douleurs, elle présente des insomnies importantes, un amaigrissement et rapporte chronologiquement tous ses troubles à l'apparition de sa ménopause il y a quelques mois, elle paraît très inquiète qu'on lui ait trouvé de manière concomitante une hypertension artérielle. Les antécédents médicaux n'apportent pas de renseignement particulier.

Mariée, elle est mère de deux enfants, et dirige avec son mari dont elle est la secrétaire, un garage. Depuis qu'elle est malade, elle a l'impression de ne plus pouvoir aider sa famille, ne peut plus garder ses petits enfants.

Elle a du interrompre, puis limiter son travail ce qui la déprime dit-elle, son mari lui-même s'est arrêté de travailler quand elle a été malade, "il ne pouvait plus s'appuyer sur moi, j'étais la tête... lui les bras". Son fils a dans ces conditions pris la succession de l'entreprise familiale.

Elle revient sur ses douleurs, qu'elle décrit avec un luxe de détails, ne comprend pas qu'on lui fasse à nouveau des examens... tout en avouant qu'elle a besoin d'être rassurée.

Quelques jours plus tard, évoque à nouveau cette situation actuelle d'impuissance "dans mon ménage... j'aurais cru pouvoir m'appuyer sur un compagnon... en fait très vite j'ai vu que j'avais à prendre beaucoup de responsabilités que mon mari rejetait ... mon fils représente l'idéal de mari que j'aurais aimé avoir... "

Le bilan est comme prévu négatif... mais ne semble pas pour autant rassurant, elle invoque d'ailleurs certains décès de sa famille pour faire comprendre qu'on s'est peut être trompé ...

Etant donné son désir de rentrer chez elle, nous nous limitons à un ajustement thérapeutique en augmentant la médication antidépressive. Elle préfère être suivie par son médecin traitant pour cette dépression. Nous écrivons avec son accord à ce dernier.

Nous la revoyons 6 mois plus tard, il existe une certaine amélioration de l'état dépressif.. malgré les douleurs qui persistent, elle n'a pas très bien "supporté" la lettre que j'avais écrite à son médecin, où il était dit que ses douleurs semblaient à rattacher à sa dépression... continue néanmoins à prendre ... un traitement antidépresseur.

- Dépression et intervention chirurgicale -

- Une vingtaine de patients fut examinée pour une dépression post-opératoire. Ce qui attire l'attention du personnel soignant est la persistance trop prolongée de l'incapacité physique qui suit l'intervention.

L'appel survenant en général une dizaine de jours après celle-ci vient fixer les limites de ce qui paraît réactionnel.

- L'adynamie que présente le patient, s'accompagne d'une résistance plus ou moins importante aux soins, malgré les efforts de soutien ; résistance à se lever, à se nourrir ; Bien souvent, les douleurs sont invoquées par le patient, en particulier au niveau de la cicatrice d'intervention, tous ces symptômes mal contrôlés par la thérapeutique et apparemment sans rapport avec l'état cardiaque post-opératoire jugé comme satisfaisant.
- Ce soutien médical aboutit au bout d'un certain temps à une lassitude du personnel et peut modifier les données relationnelles, pouvant évoluer plus ou moins vers une rupture.
- L'intervention du psychiatre est alors souhaitée, soit pour prescrire un médicament à visée dynamique, et c'est en particulier le cas des antidépresseurs, soit pour comprendre ou parler avec le malade, dont la communication devient difficile.

Si l'on retrouve parfois des circonstances déclenchantes, interventions plus périlleuses, accompagnées d'un séjour plus long que d'habitude en réanimation, ceci est loin d'être la règle. Quelquefois, les conditions d'urgence de l'intervention, le délai mis à la décision de se faire opérer témoignent sinon de la résistance du patient à la chirurgie, du moins d'une angoisse pré-opératoire importante.

Le contact est effectivement difficile car au début limité à quelques phrases plus ou moins pessimistes du style ... je ne m'en sortirais pas... qu'on me laisse tranquille... j'ai trop souffert...

Il apparaît en fait fondamental qu'un certain discours soit tenu... discours ou l'agressivité est toujours présente mais qui est nécessaire à l'amélioration de la dépression.

Cette agressivité transparaît dans le discours du malade, quand il décrit son séjour en réanimation comme cette femme qui avait rêvé qu'elle se cachait sous le requin des "Dents de la mer", de ce patient qui comparait son intervention à une flagellation... ou de celui-ci qui parlait de sa cicatrice comme d'une croix gammée...

Rarement adressée à l'opérateur (malgré son expression inconsciente), elle intéresse beaucoup plus le personnel infirmier qui semble dans tous les cas moins dangereux. Une piqûre mal faite, un hématome peuvent suffire alors à supporter une revendication qui paraît hors de proportion si on la compare au geste sur le coeur.

Comme le souligne C. ENGARD (31) "Alors que tout s'est bien passé, qu'aucun incident n'est survenu pendant l'intervention, alors que l'équipe est soulagée de voir un malade remonter "en bon état", nous assistons chez le malade à une décompensation assez inattendue ... tout se passe comme si, chez ce malade profondément fragilisé dans son corps et sa personnalité, la dépression subissait un déplacement dans le temps, vers une période où il serait moins dangereux d'abandonner ses défenses... la relation avec le chirurgien, si elle a été protectrice et magique n'en a pas été moins castratrice pour autant... "

Cette dépression renvoie très souvent le patient à une série de deuils, où il s'identifie dans ce cadre à un membre de la famille, et la souffrance ressentie est l'occasion du retour à la mémoire d'accidents familiaux. A mesure que les jours passent, l'amélioration se produit, assez progressivement. L'adjonction d'antidépresseur à des entretiens réguliers et rapprochés, la favorise, et bien rarement reporte la date de convalescence ; celle-ci est parfois l'occasion d'une rechute dépressive (27).

Une visite au troisième mois montre qu'il y a eu chez une grande partie des patients, une amélioration importante ayant entraîné un sevrage médicamenteux; la fréquence de cette dépression post-opératoire est variable selon les auteurs. (25)

- Les manifestations névrotiques

Elles représentent, par ordre de fréquence, la deuxième cause d'appel.

Les signes cliniques sont variés, mais le plus souvent, se présentent sous la forme d'algies thoraciques simulant la coronarite.

A la composante douloureuse s'associent des signes d'anxiété plus ou moins importants. Toute une série de tableaux cliniques peut être réalisée étant donné l'intrication fréquente entre des symptômes manifestement névrotiques et une authentique coronarite.

On conçoit donc que le délai nécessaire pour envisager leur origine névrotique soit plus ou moins long.

L'attention est parfois attirée précocément ; le cas suivant en est une illustration.

- Cas n° 5 - Il s'agit d'une patiente de 64 ans, hospitalisée depuis quelques jours pour des douleurs d'allure angineuse, et chez laquelle on soupçonne la participation de facteurs psychologiques, sous entendus hystériques.

Elle a été mise lors de son admission sous surveillance électrocardiographique, mais l'interne a été surpris par certains résultats thérapeutiques contradictoires. Mal soulagées par un traitement antalgique habituel, la perfusion de sérum a eu par contre un effet radical sur les douleurs de la patiente.

Cette patiente avait fait 3 ans auparavant un infarctus confirmé sur l'électrocardiogramme, alors qu'elle se rendait chez le médecin de son mari pour chercher des feuilles de maladie.

Lorsque l'interne qui l'a reçue, l'a examinée, il a été surpris par une hyperesthésie cutanée ... et une remarque de la patiente sous surveillance scopique... qui lui avait demandé ce qu'il risquait de lui arriver si la foudre tombait sur l'hôpital. Cette remarque avait intrigué l'interne ... qui avait peut être lu cette phrase de F. PERRIER : "L'hystérique ne saurait être que violée et que par Jupiter". (87)

Lorsque nous la voyons, la patiente se plaint d'une barre thoracique permanente, l'obligeant à porter des vêtements très légers, et en l'occurrence un

déshabillé vaporeux...

Elle n'habite à Lyon que depuis 2 ans et a cherché à se rapprocher de son fils ; paraît émue à ce moment... elle explique qu'il habite Port-St-Louis et a quitté Nevers il y a 5 ans où il vivait chez ses parents.

Elle parle de son mari, malade il y a 3 ans, diabétique, mais qui serait guéri depuis... manifestant certains désirs qu'elle ne veut satisfaire car elle est malade. Demande à son fils d'intervenir, pour que "son père se tienne tranquille"...

Son mari évidemment ne croit pas à "sa maladie", pense que c'est un prétexte, trouvant argument dans la négativité du bilan.

Malgré certains problèmes relationnels évidents et qui ont probablement motivé l'hospitalisation de cette patiente, nous ne pouvons les voir ensemble.

Ses douleurs semblent s'atténuer au cours de l'hospitalisation, mais sont "remplacées" au bout de quelques temps par des vertiges.

Elle voudrait bientôt changer de docteur il habite trop loin ... "si vous voulez me voir" ... on lui donne un rendez-vous ... auquel elle ne viendra pas.

Nous la revoyons un an plus tard. Les douleurs restent présentes... a toujours "la barre", prend un traitement anxiolytique... ajoute à la fin de l'entretien... qu'elle couche maintenant dans une chambre séparée...

D'autres symptômes peuvent se présenter ; ils ont une relation déjà plus éloignée avec la pathologie cardiaque : cécité, mutisme, chute dans le couloir, voire hémiplégie... leur nature névrotique semble plus rapidement évoquée.

- Cas n° 6 - Mme V..., 56 ans, vient d'être hospitalisée pour un bilan cardiaque 18 mois après une intervention pour rétrécissement mitral.

Origine du Doubs, elle attend le train à la gare, lorsqu'elle est victime sur le quai d'un malaise.

Elle est à nouveau hospitalisée à l'hôpital cardiologique le lendemain de son départ. Le bilan de ce malaise est négatif.

Lorsque nous la voyons, elle paraît déprimée, pleurant à cause du retard de son départ..., a caché à sa famille la raison de ce retard ... a peur que celle-ci s'inquiète, se reconnaît comme très anxieuse, se faisant toujours du souci. Cardiaque depuis 25 ans, elle a été opérée il y a quelques mois devant l'aggravation de son état.

Actuellement, la situation familiale est pour elle l'origine de nombreux problèmes... son mari vient de se casser la jambe... récemment elle a été marquée par la mort subite d'un voisin... à la suite d'une chute ... elle reconnaît sa tendance à dramatiser... faisant appel au médecin pour un oui ou pour un non, ... se demande d'où est venu ce malaise... si le coeur et le cerveau ne sont pas liés ... me demande où en est son taux de prothrombine ... a très peur que le taux sanguin ne soit pas bon...

5 - ETAPE THERAPEUTIQUE ET ASPECTS EVOLUTIFS.

A/ Les modalités thérapeutiques.

Nous allons envisager ici les réponses qui furent faites aux demandes de consultation, sous l'angle thérapeutique. Pour rendre compte de cette activité, nous avons considéré 4 facteurs :

- le nombre d'entretiens pour chaque patient ;
- le type de traitement ;
- le mode de départ et la prise en charge ultérieure.

Ces facteurs seront envisagés dans ce chapitre sous un aspect purement statistique.

- Le nombre d'entretiens :

100 patients ont été l'objet de 271 consultations ce qui correspond à un nombre moyen de 2 à 3 consultations par patient. Ce chiffre moyen est celui retrouvé dans d'autres publications de consultations psychiatriques hospitalières (77).

Pour un grand nombre de cas (40 %), il n'y eut qu'un seul entretien.

Quelques patients furent suivis de manière dirons-nous intensive au cours de leur séjour avec des modalités thérapeutiques tout à fait comparables à celles qui auraient eu lieu en milieu psychiatrique.

- Types de traitement :

- Les 3/4 des patients reçurent un traitement médicamenteux ; le plus souvent, il s'agissait d'une médication de type mixte associant anxiolytique et antidépresseur ; parfois, purement anxiolytique ou antidépresseurs.

7 patients reçurent ou avaient un traitement neuroleptique.

En effet, la médication dans de nombreux cas avait été commencée avant la consultation, voire l'hospitalisation.

- Le maniement de la médication antidépressive restait délicat étant donné la pathologie cardiaque associée, en particulier, le risque hypotenseur, et

la tachycardie chez des patients digitalisés. Bien que ces risques soient contestés par certains en particulier par ECKMANN qui ne retrouve aucune modification tant clinique qu'électrocardiographique chez plus de 1.700 patients (30), la posologie employée fut le plus souvent réduite par rapport à celle habituelle en psychiatrie (par exemple de l'ordre de 50 mg de tricycliques dans les états dépressifs). Les perfusions étant contre-indiquées de manière presque absolue.

- Les entretiens se voulaient d'une manière générale non directif, mettant l'accent au plus près de la demande et de la souffrance du patient telle qu'elle était exprimée dans son discours. Il nous paraissait très important qu'il y ait une verbalisation. Nous avons essayé d'autre part que cette demande se personnalise au cours de l'entretien, ce qui paraissait indispensable lorsque des prises en charge ultérieures apparaissaient nécessaires.

Pour 20 sujets, ces entretiens constituèrent la seule modalité thérapeutique.

9 patients n'ont reçu aucun traitement au cours du séjour, et n'ont été vus qu'une fois. Il s'agissait de sujets dont le départ était très proche, ou dont les troubles ne paraissaient pas justifier un traitement.

- Les suites immédiates :

. La moitié environ des hospitalisés repartit à domicile après le séjour (49 %).

. Certains rentrèrent chez eux secondairement après une convalescence en maison de repos (38 %).

. 4 patients furent hospitalisés en milieu psychiatrique.

. 9 décédèrent au cours du séjour hospitalier.

Ultérieurement :

66 % des patients furent adressés à leur médecin généraliste ;

19 % étaient suivis par un psychiatre soit isolément, soit conjointement avec le médecin traitant ;

6 patients décéderont quelques semaines après avoir quitté l'hôpital.

B/ Les résultats immédiats.

Ce sont ceux obtenus au cours du séjour hospitalier :

Pour 60 % des cas environ, une amélioration nette fut obtenue ; diminution de l'état dépressif, voire disparition complète, réduction importante de l'angoisse, retour à l'état antérieur après un épisode délirant ; toutes situations permettant d'interrompre le traitement psychiatrique ou de le diminuer progressivement.

12 % des patients eurent leur symptomatologie psychiatrique peu modifiée, et l'on observe dans ces cas aucun résultat thérapeutique net.

21 % des sujets partirent trop rapidement pour qu'il soit possible de juger d'un effet thérapeutique au cours du séjour hospitalier.

C/ A moyen terme, soit un an plus tard.

76 % des patients purent être évalués :

La difficulté de ces enquêtes catamnestiques est soulignée par d'autres auteurs, puisque en général la moitié des patients au total répond, soit à une convocation, soit à un questionnaire.

Certains patients furent revus au cours d'une consultation dans le service (19 %). Un certain nombre répondit uniquement par lettre ne pouvant se déplacer en raison de l'éloignement (17 %).

- L'évaluation fut donc le plus souvent indirecte soit par l'intermédiaire du médecin généraliste qui répondit à notre lettre ou à la demande du patient (51 % de réponses à un envoi systématique).

soit par l'intermédiaire du médecin hospitalier, ce qui apparaissait logique puisque la demande venait de l'hôpital; ceci a permis en particulier d'avoir des renseignements évolutifs sur la presque totalité des opérés (52 % dans notre étude).

Le bilan de cette évaluation montre qu'au bout d'un an :

39 % des patients semblaient nettement améliorés, aucune manifestation psychique n'attirait l'attention. Ils avaient repris leur travail, ou menaient une activité apparemment tout à fait normale. Aucun ne prenait une médication

psychotrope.

15 % poursuivaient un traitement médicamenteux anxiolytique ou antidépresseur, mais paraissaient avoir trouvé un certain équilibre avec la médication.

22 % ne semblaient présenter aucune amélioration, restant très dépendants de leur entourage, n'ayant repris aucune activité.

- Intervention psychiatrique -

- Nombre de consultations par patient :

1 consultation	:	40 %
2 consultations	:	26 %
3 consultations	:	10 %
entre 3 et 6	:	15 %
entre 6 et 13	:	9 %

- Type de traitement :

Entretien et chimiothérapie	:	71 %
Entretien seul	:	20 %
Aucun traitement	:	9 %

- Mode de départ :

A domicile	:	49 %
En maison de convalescence	:	38 %
Hôpital psychiatrique	:	4 %
Décès	:	9 %

- Prise en charge ultérieure :

Médecin généraliste	:	66 %
Psychiatre et médecin généraliste	:	8 %
Psychiatre	:	11 %
	{	Psychiatre consultant : 4 %
	{	Autre psychiatre : 3 %
	{	Hôpital psychiatrique : 4 %
Décès ultérieur	:	6 %

- Aspects évolutifs -

- Résultats immédiats :

Amélioration	:	58 %
Aucun changement	:	12 %
Ininterprétable	:	21 %
Décès	:	9 %

- Résultats à moyen terme :

Amélioration	:	39 %
Moyen	:	15 %
Aucune amélioration	:	22 %
Décès ultérieur	:	6 %
Aucune nouvelle	:	9 %

TROISIEME PARTIE : TROUBLES PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOLOGIQUES ET AMBIANCE RELATIONNELLE

1 - SITUATION DU PROBLEME.

- Nous avons essayé de décrire dans la deuxième partie les troubles psychiatriques que nous avons rencontrés à l'hôpital cardiologique; ceci correspond à une activité diagnostique et thérapeutique tout à fait essentielle.

L'identification d'un malade nécessitant des soins psychiatriques est quelque chose d'important, et représente l'aspect le plus manifeste d'une demande de consultation psychiatrique.

- Mais il se trouve autre chose dans cette demande que des renseignements diagnostiques et thérapeutiques: Il peut s'agir par exemple de voir un sujet déprimé. Répondre par une simple prescription médicamenteuse peut apparaître comme nettement insuffisant voire paradoxal chez un sujet qui pour une raison ou une autre refuse les soins qu'on peut lui donner et si le service apprend rapidement le maniement de la médication psychotrope, ce qui est habituel, il s'apercevra que les résultats ne sont pas toujours ceux escomptés.

Au-delà d'une demande opératoire, apparaît progressivement une quête d'explications, et surtout la recherche d'une communication.

- Par ailleurs, on se rend bien compte au bout d'un certain temps que certains services demandent à voir telle catégorie de patients (par exemple, des hystériques, dans un autre office, des dépressifs, alors qu'inversement tel comportement ou tel symptôme est très bien supporté et traité dans tel service alors qu'un autre ne le supportera pas.

- Analyser cette demande risque de se heurter à des barrières agissant bien souvent à l'insu de ceux qui en sont le support, et comme le souligne BALINT dans les centres à haute technicité, l'analyse psychologique du personnel soignant risque de trop effondrer les défenses psychologiques édifiées par les soignants pour lutter contre l'angoisse de mort. Est-ce bien là d'ailleurs notre fonction ?

- Pourtant, sans aller jusque-là, écouter la demande, en montrer ou en laisser deviner les implications relationnelles qu'elle sous-tend sont parfois très efficaces. Montrer au médecin, ou à l'infirmière qu'il a le plus souvent les moyens de s'occuper de ces cas, semble déjà particulièrement important quitte à modifier quelques attitudes personnelles. Ce sont dans ces conditions que des malades psychiatriques parfois graves ont pu être soignés à l'hôpital cardiologique.

- Cela nous a paru fondamental car il s'agissait bien là du désir du patient.

2 - ANALYSE DE LA DEMANDE.

Avant tout, pour que le psychiatre intervienne, il faut savoir d'où émane cette demande :

- L'infirmière -

Longtemps présente dans le service, et entretenant avec le malade des relations plus habituelles et moins techniques que le médecin, et a fortiori le chirurgien, elle sera souvent la mieux placée pour entendre ou remarquer quelque chose qui peut lui faire penser qu'il y a des difficultés d'ordre psychologique.

La plupart du temps, sa demande sera transmise par le médecin. Plus rarement, elle viendra d'elle seule et c'est particulièrement le cas en chirurgie cardiaque.

Cette relation plus proche, voire privilégiée avec le malade, moins médiatisée par des écrans techniques apparaît d'ailleurs dans la formulation de la demande, qui reflète souvent très bien le vécu du malade.

Ainsi seront entrevus des facteurs de causalité, soit extérieurs comme la perception d'une situation familiale difficile, soit propres à l'hospitalisation et à l'intervention chirurgicale : séjour prolongé en réanimation,

- Analyser cette demande risque de se heurter à des barrières agissant bien souvent à l'insu de ceux qui en sont le support, et comme le souligne BALINT dans les centres à haute technicité, l'analyse psychologique du personnel soignant risque de trop effondrer les défenses psychologiques édifiées par les soignants pour lutter contre l'angoisse de mort. Est-ce bien là d'ailleurs notre fonction ?

- Pourtant, sans aller jusque-là, écouter la demande, en montrer ou en laisser deviner les implications relationnelles qu'elle sous-tend sont parfois très efficaces. Montrer au médecin, ou à l'infirmière qu'il a le plus souvent les moyens de s'occuper de ces cas, semble déjà particulièrement important quitte à modifier quelques attitudes personnelles. Ce sont dans ces conditions que des malades psychiatriques parfois graves ont pu être soignés à l'hôpital cardiologique.

- Cela nous a paru fondamental car il s'agissait bien là du désir du patient.

2 - ANALYSE DE LA DEMANDE.

Avant tout, pour que le psychiatre intervienne, il faut savoir d'où émane cette demande :

- L'infirmière -

Longtemps présente dans le service, et entretenant avec le malade des relations plus habituelles et moins techniques que le médecin, et a fortiori le chirurgien, elle sera souvent la mieux placée pour entendre ou remarquer quelque chose qui peut lui faire penser qu'il y a des difficultés d'ordre psychologique.

La plupart du temps, sa demande sera transmise par le médecin. Plus rarement, elle viendra d'elle seule et c'est particulièrement le cas en chirurgie cardiaque.

Cette relation plus proche, voire privilégiée avec le malade, moins médiatisée par des écrans techniques apparaît d'ailleurs dans la formulation de la demande, qui reflète souvent très bien le vécu du malade.

Ainsi seront entrevus des facteurs de causalité, soit extérieurs comme la perception d'une situation familiale difficile, soit propres à l'hospitalisation et à l'intervention chirurgicale : séjour prolongé en réanimation,

complications post-opératoires, qui par delà leur nature traumatique, laissent deviner une identification à la souffrance du malade.

D'une manière générale, cette demande apparaît souvent comme angoissée, et recoupe volontiers l'urgence ; le rôle du psychiatre semblant être celui de mettre à distance, ou de contenir l'angoisse, d'ailleurs sur un mode un peu magique.

- Le médecin -

La plupart du temps, la demande est faite par le médecin du service, que ce médecin soit l'interne, l'assistant ou le chef de service.

Le fonctionnement habituel des services étant hiérarchisé, le chef de service supervise l'élaboration du diagnostic, les soins, s'occupe plus particulièrement des cas difficiles. Lorsqu'il demande l'intervention d'un psychiatre, il s'agit en l'occurrence aussi... de cas psychiatriques difficiles.

De fait, le service tourne surtout avec l'interne qui fait la visite et la contre-visite quotidienne, et c'est lui qui est à même avant tout de faire une demande d'examen psychiatrique pour tout malade apparaissant d'emblée comme tel, ou pour lequel il apparaît très vite que l'avis du psychiatre est souhaitable .

Par contre, la demande de l'assistant intervient généralement de façon plus tardive, car il y a souvent un temps d'élaboration et d'hypothèses cliniques n'ayant pas fait leurs preuves.

L'appel dépend aussi de la personnalité du médecin, de sa façon de sentir, ou non les problèmes psychologiques chez les patients, de ses propres attitudes thérapeutiques en face d'un malade psychiatrique

- Le malade -

Il peut paraître abusif de parler de sa demande dans la mesure où ce qui motive notre intervention est celle d'un tiers. Si elle apparaît implicite dans le soutien que recherchent les dépressifs, il est plus difficile de "retrouver" cette demande, par exemple devant des manifestations hystériques; il y a pourtant toujours quelque chose qui est dit dans le symptôme, que sa signification apparaisse ou non manifeste, et surtout demandé à être entendue.

Exceptionnellement, elle s'exprime de manière directe comme chez ce patient qui demandait un internement dans un hôpital psychiatrique :

- Cas n° 7 - Il s'agit d'une consultation demandée en urgence par le malade qui a réclamé un psychiatre quelques heures avant d'être opéré; nous sommes dans l'après-midi et il doit subir une intervention de mise en place d'une prothèse mitrale le lendemain.

Le personnel soignant ne comprend pas très bien cette demande. Ce patient a été hospitalisé les jours précédents en médecine sans que son comportement suscite d'inquiétude. Néanmoins, il a surpris l'entourage médical, quelques jours avant l'intervention, par son refus brutal de voir sa famille.

Il n'a apparemment manifesté aucune angoisse avant l'intervention, mais a semblé très renfermé, parlant peu, et replié sur lui-même.

Lorsque nous entrons dans sa chambre, il apparaît très soulagé, ajoutant, je vous attendais... Voilà, je voudrais que vous m'enfermiez à l'hôpital psychiatrique... il n'y a pas d'autres solutions, il paraît qu'il n'y a que vous qui puissiez le faire !!!

Il semble extrêmement bouleversé, et argumente cette demande en évoquant une culpabilité dont l'importance donne au tableau une allure mélancolique.

Il se reproche toute une série de fautes, au terme desquelles, il se définit lui-même comme un monstre, un mauvais exemple, qui ne peut que nuire aux gens qui l'entoure; l'asile psychiatrique étant le seul moyen de protéger les autres. Il demande à être enfermé et surtout que l'on ne vienne pas le voir.

Il s'estime responsable de sa maladie, ayant plus ou moins "désobéi" aux conseils de prudence que l'on donne à tout cardiaque.

Les renseignements qu'il donne sur sa famille sont purement formels. Il a présenté quelques années auparavant un état dépressif sévère...

Notre réponse... à cette demande... est de lui dire ... que nous l'hospitaliserons en milieu psychiatrique s'il le désire..., mais après l'intervention... Il semble satisfait de cette réponse...

Nous le revoyons après l'opération. Il s'améliore très rapidement, évoquant ses efforts de rééducation, qu'il estime toujours insuffisants, apportant une aide aux malades qui l'entoure, me demandant de jouer un rôle de censeur, dans les "fautes" qu'il fait chaque jour. Il parle de sa vie familiale, et en particulier du "petit David" qui est un infirme moteur cérébral, et dont il a entrepris la rééducation, dit-il ...

Il ne reparlera plus de son hospitalisation en milieu psychiatrique, sauf au cas où ... il recommencerait. Il évoque devant sa femme la nécessité de se surveiller encore... Celle-ci parlant de sa rigueur morale, l'obsession qu'il a de bien faire les choses. Il reçoit parallèlement un traitement antidépresseur, et nous le voyons environ une dizaine de fois au cours de son séjour. Il part en convalescence, et est revu au troisième mois où son état est jugé très satisfaisant. Habitant près de Chambéry, il ne peut venir à la consultation, mais nous donne son numéro de téléphone pour que nous le joignons. Les nouvelles prises à ce moment sont très rassurantes.

3 - LE ROLE DU PSYCHIATRE.

Il paraît important de se pencher sur cet aspect car on s'aperçoit que le psychiatre ne répond pas toujours à ce qu'on attend de lui.

A priori, il passe d'abord pour un spécialiste comme les autres qui a sa technique dont le seul outil est la parole.

Sa fonction est alors de déchiffrer un symptôme sur le mode médical classique, ce qu'il peut ou croit arriver à faire assez rapidement. Quoiqu'il en soit, il risque de se trouver pris au piège de cette technique, s'il se contente d'interpréter. Il pourra faire croire au profane qu'il a un certain savoir, mais il y a toutes les chances pour qu'au bout d'un certain temps, son rôle se confine à l'identification du malade psychiatrique ce qui ne peut que pervertir sa fonction. A un degré de plus, l'enjeu de la relation cardiologue-psychologue peut être le fantasme psychosomatique, recherche d'une origine absolue appartenant en totalité au registre de l'imaginaire.

Il doit entendre en fait que dans la demande, il y a recherche de communication avec un malade dont le discours comme les symptômes apparaissent

énigmatiques ; il importe alors qu'il renonce à transmettre un message aussi incompréhensible que les symptômes du patient. Ce renoncement est aussi celui de transmettre le discours du sujet tel qu'il le comprend, et pose donc le problème du degré de pertinence de l'interprétation.

Il permettra à la parole du malade de se développer et l'aidera souvent à formuler une demande. Il pourra ainsi transformer les signifiants adressés par le malade et inaccessibles au savoir des soignants en signifiés compréhensibles.

Le langage médical traduit une certaine vision du corps, une tendance au morcellement à n'être qu'un coeur, ou qu'un poumon, le rôle du psychiatre sera bien de permettre de mieux intégrer la dimension psychologique du malade.

Après du patient :

Ce que le patient attend du psychiatre dépend étroitement de la façon dont celui-ci lui a été présenté.

Montrer un malade au psychiatre, est dans une certaine mesure nommer la folie ; mais notre expérience à l'hôpital cardiologique nous a confirmé que cette présentation posait moins de problèmes qu'il était supposé au départ.

Pour autant qu'il ait été informé de la visite, avec un minimum d'explications qui peuvent être très simples, le contact avec le patient n'a pas suscité de difficultés particulières.

Les explications qui lui ont été données dépendent en fait étroitement du temps que l'interne a pu prendre à écouter le malade, et témoignent donc de la qualité de la relation médecin-malade.

Lorsque la formulation de la demande est confuse ; il y a des chances que le médecin soit très désarmé ; toutes les identifications existant dans la présentation : psychiatre, psychologue, médecin psychologue, voire médecin "tout court".

Il s'agit alors bien souvent de sujets posant des problèmes relationnels, sujets déprimés ou plus rarement psychotiques, qui déclenchent chez leur interlocuteur une angoisse importante.

Demander une consultation psychiatrique évoque pour l'interne, la crainte de faire naître un sentiment persécutoire. Lorsque des éléments dépressifs sont présents, cette crainte peut être minimisée.

Dans d'autres cas, il paraît possible de reporter d'un jour ou deux la consultation après un nouvel entretien du médecin avec le patient.

4 - ILLUSTRATIONS.

Nous allons maintenant illustrer cette demande, en fonction des situations cliniques que nous avons décrites précédemment.

- Les manifestations névrotiques.
- Les états dépressifs.
- Les états psychotiques.

- Les manifestations névrotiques -

Il s'agit de malades se plaignant le plus souvent d'algies thoraciques parfois mal définies ou au contraire simulant de très près la coronarite.

Il s'est écoulé en général un temps assez long avant que le médecin traitant envoie ce patient à l'hôpital, pour des investigations supplémentaires.

Celles-ci de routine ou plus poussées (électrocardiogrammes, coronorographies) ne mettent pas en évidence de lésion cardiaque.

Ces douleurs apparaissent plus ou moins rapidement d'origine psychogène, selon l'importance de l'anxiété qui lui sont associées, des demandes de rassurement du malade.

Ces patients sont considérés a priori comme organiques et ne voient donc en général pas le psychiatre au début, à moins que l'on se trouve devant un tableau typique de névrose d'angoisse qui attire d'emblée l'attention par l'attitude du sujet qui laisse penser que sa mort est imminente.

C'est donc plus tard que se pose la question de leur origine névrotique : parfois déjà un traitement d'épreuve a donné des résultats paradoxaux.

La négativité du bilan va marquer alors la fin du séjour hospitalier et donc fixer la sortie du malade.

- soit il est signifié au malade que son bilan est négatif.
- soit il lui est dit que ces symptômes sont d'origine nerveuse. Cela lui localise vaguement l'étiologie, mais cela ne le rassure qu'à moitié, surtout s'il pense que c'est peut être le début de la folie. La prescription d'anxiolytique vient alors en complément.
- soit il risque d'être passé au psychiatre. Il s'agit comme le souligne CHARDIN d'une passation de pouvoir "tout se passe comme si le médecin disait", nous ne pouvons plus rien pour lui, c'est le psychiatre qui peut.

Lorsqu'on a été hospitalisé 3 semaines dans un service de cardiologie, ce passage au psychiatre est en général traumatisant, d'autant qu'il est brutal et sans préparation.

Cette évolution qui peut paraître caricaturale, mais qui n'en est pas moins réelle, n'est pas seulement le fait du médecin. Elle dépend étroitement de la place que le psychiatre est prêt à occuper dans l'institution hospitalière. En clair, cela sous-entend qu'il est prêt à ne pas attendre le malade dit psychique, on s'aperçoit en effet que bien avant la fin du séjour, l'attention du personnel a été attirée par quelques manifestations singulières. Ici la variation du symptôme dans un certain contexte relationnel, là une remarque qui attire l'attention, la perception plus subtile d'une dépression.

Appelé plus tôt pour émettre un avis, participer à l'élaboration diagnostique du service en discutant par exemple certains examens, certaines conduites, apparaît plus bénéfique, et si le malade est effectivement du ressort du psychiatre la prise en charge ultérieure peut se faire plus en douceur et est mieux supportée.

La demande se déplace en fait dans le sens d'une sensibilisation psychologique. On voit ainsi moins de sujets à "coronaire saine", et plus d'anciens et de nouveaux coronariens, qui "présentent des manifestations anxieuses, dépressives", témoignant ainsi d'une évolution vers une prise en charge plus complète du patient hospitalisé.

Pour que cette demande se déplace, il faut que le psychiatre donne les moyens de ce mouvement, ce qui implique un taux de présence hebdomadaire suffisant et une disponibilité importante. Disons aussi que le malade acceptera mieux

ce consultant, que l'aller et retour dans un service de psychiatrie accompagné d'un billet de consultation.

- Les états dépressifs -

Ces états sont assez facilement reconnus lorsque les manifestations dysthymiques sont au premier plan. Parfois ce sont des aspects relationnels qui attirent l'attention (difficultés à communiquer, repli du patient, voire agressivité)... Le malade silencieux dans son coin.

Comme nous l'avons vu, à moins qu'ils soient mentionnés sur le certificat d'admission, ils apparaissent habituellement après quelques jours d'hospitalisation, parfois de manière franchement réactionnelle après l'intervention.

Un des problèmes du psychiatre est de faire dans un premier temps prendre conscience au malade de cet état ; il peut s'en défendre tout comme il ne peut attendre que cela pour verbaliser. Un autre problème est aussi de faire prendre patience au service. Il est vain d'espérer en quelques jours guérir une dépression, et cela explique peut être la déception ressentie devant le médicament qui n'agit jamais... assez rapidement... et ceci est particulièrement sensible dans un centre de soins aigus. D'un autre côté, il n'est pas plus logique de garder de manière prolongée des patients qui au bout d'une semaine ou deux présentent des signes d'amélioration.

Il faut donc expliquer chaque cas, la lenteur de l'évolution, l'importance du soutien parfois mal perçu ou mal compris sous des attitudes contraires d'opposition du malade.

Tout ceci peut permettre parfois de retarder un départ en convalescence, de poursuivre les soins dans une unité chirurgicale au lieu de faire "remonter" le malade en médecine.

Il est sûr que l'attitude n'est pas la même lorsque les éléments réactionnels sont moins patents. Les suites de l'intervention chirurgicale, ou de l'infarctus apparaissent à la plupart du personnel comme des périodes difficiles, ou la douleur, la dépression, un constat d'impuissance sont considérés comme symptomatiques du traumatisme subit.

Par contre, si les éléments dépressifs sont antérieurs à l'hospitalisation, la tolérance semble moins grande et l'on risque d'aboutir à un cli-vage des soins alors qu'il semble bien que ce soit dans une aide complémentaire entre le psychiatre et le cardiologue que le patient trouve son meilleur compte.

Les suicidaires posent un problème particulier; l'attitude du service est habituellement conditionnée par la hantise de la récursive.

Ce désir suicidaire s'exprime de manière plus ou moins évidente.

Parfois de manière directe comme chez ce sujet délirant qui ne voyait pas d'autres moyens d'échapper à ses persécuteurs, et que nous avons du faire hospitaliser en milieu psychiatrique.

La crainte de la défenestration est extrêmement présente, lorsque le service reçoit un malade aux antécédents suicidaires, ou dépressifs. Elle paraît heureusement plus souvent fantasmagique que réelle... C'était le cas chez ce sujet arriéré mental... qui "regardait d'une drôle de façon en direction de la fenêtre"...

Dans d'autres cas, ce que l'on redoute, c'est l'absorption d'hypnotiques par exemple comme chez cette infirmière très dépressive, hospitalisée pour une intervention chirurgicale, et qui demande en arrivant, les 3 ou 4 comprimés d'hypnotique qu'elle prend habituellement chaque soir.

Enfin, l'usage anarchique d'anticoagulants est parfois l'objet de la question adressée au psychiatre, chez des sujets ayant présenté des hémorragies.

- Cas n° 8 - Monique a 22 ans, elle est adressée à l'hôpital cardiologique par l'intermédiaire du service d'urgence d'un autre hôpital où elle a été hospitalisée pour une tachycardie avec syncope lors d'un bal...

Elle a été opérée l'année auparavant d'une insuffisance mitrale, et est une habituée du service où elle a fait plusieurs séjours. La cheftaine nous la présente d'ailleurs comme "sa petite fille"... elle téléphone souvent à cette cheftaine pour lui demander des conseils... ou éventuellement une hospitalisation lorsque ça ne va pas ...

Au début de l'année, elle a essayé à deux reprises de mettre fin à ses jours en prenant des anticoagulants. Elle donne comme explication à son geste, des difficultés à la fois sentimentales avec un garçon .

Sa mère dit elle lui répète à longueur de journée qu'elle est folle . Elle fait partie d'une famille de 5 enfants, est la 4ème de la fratrie. Ses parents sont divorcés, et le père envoie la pension alimentaire à la patiente, ... qui l'a redonne à sa mère...

Elle parle de ses déceptions sentimentales... ajoutant que de toutes façons... "elle ne se suicidera pas pour un gars ... je ne suis pas folle ... je n'ai rien à la tête... c'est ma mère qui me le dit parfois ... elle s'inquiète de moi un peu, toujours quand c'est trop tard... j'aimerais vivre seule ".

Elle décrit de manière assez longue, les difficultés qu'elle a à cause de sa mère, et de ses soeurs... peut être de manière trop longue car nous lui faisons remarquer alors qu'elle parle très peu d'elle-même...

Elle paraît très émus à ce moment-là ... et fait dans l'instant qui suit, une crise hystérique... qui cède par suggestion.

Au moment où nous partons, elle insiste pour qu'on lui dise si elle est folle ou non.

Elle viendra à deux rendez-vous de consultation parlant d'abord de nombreux troubles somatiques, des vomissements qu'elle attribue aux médicaments.. doit d'ailleurs aller au "cardio" pour leur en parler... évoque ensuite avec beaucoup d'émotion son père qu'elle est la seule à comprendre... revenant sur sa crise de tachycardie ayant motivé son hospitalisation... et qu'elle a faite au bal... bien qu'elle ne voulait pas y aller... ses soeurs l'ayant emmenée à "contre coeur"...

Son médecin traitant nous écrit quelques temps plus tard, alors qu'elle ne vient plus en consultation, une lettre résumant parfaitement bien, la difficulté de la prise en charge de ce type de patient.

"Elle présente depuis deux mois des métrorragies très dramatisées.. elle a réussi à se faire hospitaliser la dernière fois... cette patiente ne se sent bien qu'à l'hôpital... elle aime être considérée comme une grande malade... et n'a guère envie de sortir de cet état... J'interprète pour ma part les métrorragies comme ayant pour but de la maintenir dans cet état "maternisé"... J'ai d'ailleurs le sentiment d'une lutte entre elle et moi, moi minimisant ses hémorragies... et elle se faisant hospitaliser coûte que coûte par le médecin de garde... pour me prouver sa maladie ...

Dans ces conditions, une psychothérapie hospitalière (et dans quel hôpital !) avec un médecin, est-elle bien indiquée ? "

Par la suite, cette patiente continuera les mois suivants à venir voir régulièrement ... la cheftaine du service. Celle-ci jouera un rôle efficace car les hospitalisations diminueront... et que cette jeune fille trouvera pour la première fois... un travail.

Nous ajouterons à cette observation, les commentaires suivants :

- La patiente avait choisi, elle même ... son psychothérapeute... en l'occurrence l'infirmière. La relation maternelle qui les liait semblait correspondre parfaitement à son désir.
- Tout s'est passé comme si la crise suicidaire avait constitué une rupture temporaire de cette relation.
- Ajoutons que le médecin traitant avait particulièrement compris entre autres choses, l'ambiguïté de notre position de psychiatre de liaison, ceci étant particulièrement sensible lorsqu'un traitement de type psychothérapique est envisagé.

Le rôle complémentaire du psychiatre peut apparaître chez des patients dont l'état médical suscite des inquiétudes importantes, et chez lesquels l'angoisse et la dépression sont très souvent constants.

Une dizaine de patients ont été vus dans ces conditions.

Dans cet hôpital, où tout est mis en oeuvre pour prévenir la mort, on assiste parfois à une réaction dépressive importante de la part du personnel lors du décès de malades au cours de l'intervention, ou dans les suites opératoires.

Il s'agit d'une réaction de deuil. Il en résulte une tendance à se prémunir contre cette réaction.

Ceci apparaît dans la demande faite auprès de patients, qui expriment leur désir de mourir, qui refusent les soins avec la même intention, ou qui s'aggravent.

Il se produit alors un mécanisme de clivage corps-esprit rigoureux; qui permet de continuer à soigner le corps. L'intervention d'un tiers permettant

de ne pas ignorer que le patient peut avoir des désirs bien que condamné.

Cette composante psychologique correspond à un fantasme, et vise à prévenir une blessure narcissique (47).

- Les psychotiques -

Ils constituent un nombre réduit de demandes de consultation et ceci est retrouvé de manière habituelle dans l'exercice psychiatrique à l'hôpital général.

Deux cadres se différencient nettement :

- les bouffées délirantes post-opératoire réalisent comme nous l'avons vu un tableau aigu, se présentant sous la forme d'un état d'agitation intense, nécessitant une thérapeutique sédatrice d'urgence.
Considérées comme classique dans la chirurgie cardiaque, leur rareté actuelle nous a néanmoins frappé.
- Les états psychotiques chroniques pour lesquels nous avons été appelé semblaient pour la plupart stabilisés. La demande de consultation visait essentiellement à contrôler une médication poursuivie depuis parfois longtemps, et à assurer une certaine surveillance hospitalière, en particulier lorsqu'une intervention était envisagée. L'appel était en général assez précoce soit du fait de ces antécédents, soit parce que la bizarrerie, l'étrangeté de certains comportements attiraient l'attention. Hormis quelques manifestations dépressives qui ont semblé accessibles assez rapidement à la thérapeutique, l'évolution hospitalière de ce type de patient a paradoxalement très peu posé de problèmes.

Ceci a été retrouvé dans d'autres travaux sur les troubles psychiatriques post-opératoires. Chez les psychotiques dont le vécu corporel est en règle habituelle morcelé, l'opération chirurgicale est souvent suivie d'une amélioration psychologique, non seulement à cause de la régression qu'elle provoque, mais aussi du fait que l'agression corporelle vient limiter en une sorte d'épreuve de réalité la menace fantasmatique dans laquelle vivent ces patients (4).

Néanmoins, une intervention fut repoussée chez une patiente très dépressive :

- Cas n° 9 - Il s'agit d'une consultation demandée parce qu'on trouve cette patiente un peu bizarre, quelques jours avant l'intervention ... déprimée ? "elle a surtout très peur"... pensent les infirmières.

Ne comprend pas très bien pourquoi elle est hospitalisée... ne souffre pas... mais est essoufflée... pense que c'est psychologique, que c'est une idée qu'elle se fait.

Elle attribue ses troubles psychologiques à sa fille... Celle-ci âgée de 15 ans est aveugle de naissance, elle a subi une opération en Juillet 75, sur la cornée sans succès. Elle décrit la maladie de sa fille, pense qu'on devrait lui mettre un oeil de verre parce qu'il est complètement perdu... quelques jours après la naissance, les parents de la patiente avaient remarqué qu'elle voyait mal... a vu des médecins pendant quelques mois jusqu'à un ophtalmologue à l'âge de 2 ans qui lui a dit que l'on s'y prenait trop tard. Une première intervention n'a eu alors aucun succès.

Cette patiente avait présenté un état dépressif important au cours de la grossesse ; l'enfant n'était pas désiré, 15 jours après qu'elle se sache enceinte, elle avait consulté un médecin pour un avortement, médecin qui s'était refusé. Son mari désirait un enfant... elle trouvait que c'était trop tôt.

Elle avait déjà un fils de 18 ans, mais dont la grossesse n'avait pas été sans problème... parle elle-même d'un dédoublement de personnalité... avait de la difficulté à reconnaître certains objets.

Parle de sa famille très rigoriste, catholique pratiquant soumise à l'autorité de son père, qui est mal supportée par le reste de sa famille. Elle est l'aînée d'une fratrie de 4 filles. Son père est parti en maison de repos, ne s'entend plus avec sa femme... elle a essayé de les rapprocher.

Présente à plusieurs reprises des manifestations d'allure hystérique, difficultés brutales à se lever, cécité paroxystique.

Etant donné l'importance de la dépression, il est finalement convenu de repousser l'intervention, et elle est adressée dans l'immédiat sur une consultation psychiatrique de secteur...

QUATRIEME PARTIE : LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

L'hôpital cardiologique a pour vocation de soigner des patients dont l'affection est par définition du domaine de la pathologie cardiovasculaire, c'est à dire toujours empreinte d'une gravité importante, souvent immédiate.

Lorsqu'un malade est admis, il est a priori considéré comme un cardiaque, cela est parfaitement naturel, et il va être l'objet d'une série d'examens et d'une démarche thérapeutique rapide sinon d'urgence.

Il suit en général une séquence d'étapes, mais à tout moment "quelque chose du patient" peut venir la modifier. Ce quelque chose renvoie très souvent à l'hypothèse de troubles psychiques.

Deux types de cas peuvent se présenter habituellement ; on se trouve devant des manifestations psychiatriques patentes et brutales, qui répondent aux trois situations d'urgence que nous avons décrites : bouffées délirantes, menaces suicidaires, crises d'angoisse. Ces situations sont tout à fait parallèles à l'urgence cardiologique. Elles évoquent la possibilité de mort, et imposent des décisions thérapeutiques rapides, car génératrices d'une angoisse importante. Par ailleurs, la nature parfois franchement réactionnelle de ces troubles, doit faire envisager leur prévention.

Soit on se trouve devant des manifestations psychiatriques retardées ou moins évidentes, et c'est le cas en général des états dépressifs, et de la plupart des états névrotiques. On est alors dans une autre perspective qui impose peut être de rappeler ce qu'on entend par effet thérapeutique. Comme le souligne GUYOTAT, il s'agit d'obtenir la disparition d'un état pénible pour l'individu, soit parce qu'il le fait souffrir, soit parce qu'il entraîne une gêne fonctionnelle plus ou moins grave dans son corps ou dans son esprit. Ceci suppose que l'individu

veut se débarrasser de cette souffrance et que son entourage le souhaite ; ce qui logiquement devrait être toujours le cas, mais ce qui en fait ne l'est pas toujours réellement car l'état pathologique peut s'accompagner de bénéfices qui ne veulent pas être abandonnés, ou représentent une forme d'équilibre relatif.

Ceci introduit l'existence, et les conditions d'un traitement psychiatrique post-hospitalier.

1 - AU COURS DE L'HOSPITALISATION.

- Les crises d'angoisse pré-opératoires illustrent le rôle préventif que peut jouer un psychiatre ou un psychologue et ceci se retrouve dans de nombreuses publications.

Il existe déjà pour chaque patient, une préparation à l'intervention. De nombreux détails sont fournis sur l'intervention, le séjour en réanimation, et cette préparation semble rassurante. Parfois, ce sont des clubs spontanés entre anciens et futurs opérés qui élaborent cette angoisse pré-opératoire.

Il apparaît souvent néanmoins que cela est insuffisant car il semble impossible au patient de parler de ses angoisses corporelles, en particulier au chirurgien de peur de le contaminer. D'où la comparaison imagée de COTTRAUX "on ne parle pas au pilote". Cette situation de non communication pré-opératoire renforce l'angoisse. Il est alors important d'écouter ce qui est exprimé et qui a trait à la mort.

Il circule volontiers parmi les infirmières de chirurgie cardiaque, l'idée ou le fantasme que "les patients qui disent qu'ils vont mourir au cours de l'opération sont de bons prophètes".

A la lumière de quelques cas, et de ceux que nous avons en particulier décrits, nous espérons avoir un peu atténué cette crainte.

Par-delà l'angoisse pré-opératoire, des entretiens avant l'intervention paraissent diminuer certaines complications post-opératoires, comme a pu le montrer une série d'entretiens systématiques (6) :

- *Les états dépressifs* -

Ce sont les manifestations psychiatriques pour lesquelles il est le plus souvent fait appel. Cette dépression constatée tardivement paraît néanmoins s'améliorer au cours du séjour hospitalier, d'autant plus que le traitement aura été précoce.

Un soutien psychothérapique, l'adjonction de médications antidépressives y contribuent.

Le traitement néanmoins doit se poursuivre en période de convalescence, soit par le médecin de la maison de repos, soit par le médecin traitant, auquel nous avons eu le plus souvent recours .

Lorsque la dépression semble plus ancienne, elle justifie une prise en charge psychiatrique ; il faut alors assurer une orientation indispensable mais précédée par un contact psychiatrique antérieur ; celle-ci se fait avec plus de facilité et de souplesse.

- *Les états névrotiques* posent des problèmes thérapeutiques particuliers :

Bien souvent, le psychiatre doit se contenter d'une prescription médicamenteuse en général anxiolytique. Les entretiens qu'il a avec le patient sont en nombre limités et à moins que des manifestations dépressives soient associées, la prise en charge post-hospitalière apparaît difficile. La signification des ou du symptôme peut parfois apparaître de manière manifeste dans le discours du patient, mais mises à part quelques modifications spectaculaires bien classiques dans l'hystérie, la brièveté du contact du psychiatre avec le patient ne doit pas faire illusion quant à ses possibilités thérapeutiques réelles.

Notre expérience avec une dizaine de patients qui présentaient des traits névrotiques, et auxquels nous avons proposé de revenir en consultation nous l'a prouvé ; la moitié seulement est venue au rendez-vous malgré un désir initial. Néanmoins, lorsque la symptomatologie est récente, des améliorations sont nettement perceptibles par l'intermédiaire de quelques consultations. L'avenir de ce type de patients paraît avant tout conditionné par l'attitude que prendra son médecin généraliste, après le résultat du bilan hospitalier et donc de la modification qui suivra dans la relation médecin-malade. Il paraît très important que son attention soit attirée sur certaines manifestations psychologiques dans la lettre qu'il recevra.

2 - APRES L'HOSPITALISATION.

Sur les 100 patients examinés au cours du séjour hospitalier, environ 20 % furent suivis après leur sortie par un psychiatre.

Un nombre réduit de patients fut hospitalisé en milieu psychiatrique, la plus grande partie étant revue en consultation par le psychiatre consultant, ou orientée vers un psychiatre extérieur. Dans tous les cas, une préparation avait été possible, et cette prise en charge s'est faite avec l'accord du patient.

Pour un nombre important de patient, l'amélioration au cours du séjour hospitalier fut jugée assez satisfaisante pour ne pas nécessiter une orientation psychiatrique ultérieure. Il fut estimé que la surveillance post-hospitalière pouvait très bien être exercée par le médecin de la maison de convalescence, ou le médecin traitant dans la mesure où ils avaient été informés.

Certaines conditions, l'âge, l'éloignement, le départ trop rapide, mais aussi probablement des maladroites de notre part, ont fait que le nombre de patients que nous avons pu revoir a été inférieur à ce qu'il était souhaitable.

Cette nécessité de revoir certains patients paraît se confirmer dans les résultats à moyen terme où un pourcentage relativement important de sujets garde des troubles psychologiques ou psychiatriques nécessitant la poursuite d'un traitement ; maintien d'une situation de dépendance, incapacité physique, sentiment d'impuissance, dépression.

On retrouve dans d'autres publications, des résultats médiocres après chirurgie cardiaque. Ainsi, HELLER dans une étude de 142 patients opérés du coeur, évalués un an plus tard, constate chez plus d'un tiers des patients, des troubles psychologiques ; Passivité, anxiété, dépression, préoccupation somatique, tendances paranoïdes (55).

Après l'infarctus du myocarde, on observe de même au bout d'un an, chez environ deux tiers des patients, la persistance de réactions psychologiques anormales, anxiété, instabilité, émotivité, troubles du sommeil (9, 13, 57, 68).

Un certain nombre de ces sujets aurait-il bénéficié d'une prise en charge psychologique ? Quelles en seraient les modalités ? Les patients de GRUEN, traités après l'infarctus, par une psychothérapie brève auraient présenté une amélioration nette.

3 - QUELLE ATTITUDE ADOPTER ?

Soulever le problème de la prise en charge, c'est en fait revenir au problème fondamental qui est de définir ce qu'est la psychiatrie de liaison.

En effet, l'identité et l'attitude ne correspondent pas à celles qu'il revêt lorsqu'il exerce son activité à l'intérieur d'un service de psychiatrie.

Cette modification d'identité varie selon un spectre qui va de l' extrême du maintien de l'identification au psychiatre classique à l'autre extrême d'identification au médecin somaticien.

Cela implique un certain renoncement :

thérapeutique d'abord, car si nous sommes en général beaucoup moins efficaces que le désire le médecin, tous les sujets ne sont heureusement pas à psychiatriser ; ce qui ne veut pas dire qu'ils ne puissent pas être aidés mais il est souhaitable qu'ils le soient par leur entourage ou par leur médecin, et éventuellement par un psychiatre de façon ambulatoire.

Renoncement aussi à transmettre tout ce qui a pu apparaître du désir du malade dans son discours, sans pour autant qu'il s'imagine que lui seul fait office de psychologue.

En acceptant lui-même ses limites, cela pourra peut être amener le soignant, à accepter les siennes.

Au-delà du patient identifié comme psychiatrique, il doit revenir à la demande ; il s'agit alors de faire partager ce que l'on a compris d'un cas, d'en expliciter certains symptômes, de mettre en évidence des relations de causalité pour permettre une meilleure action du cardiologue sur le malade.

En permettant une communication, il permet de dédramatiser certaines situations, et débarrasse le malade psychiatrique d'une série de projections. Démystifier la maladie mentale, par le décodage de la réalité et du fantasme, apparaît bien alors comme le projet thérapeutique essentiel.

C'est dans ces conditions qu'il a été possible de soigner des patients présentant des troubles psychiatriques importants, souvent de manière efficace, en évitant un transfert en milieu psychiatrique toujours invalidant.

On assiste ainsi à une évolution de la demande dans le sens d'une sensibilisation à la dimension psychologique de la maladie.

- Les malades purement psychiatriques diminuent, l'information sur la chimiothérapie ne paraît plus suffisante.
- Les demandes en fin de séjour disparaissent au profit de demandes plus préventives, voire le désir de montrer systématiquement telle catégorie de patients par exemple les opérés.
- La demande individuelle semble s'effacer au profit de la demande de groupe, des discussions spontanées ayant lieu à propos de tel ou tel malade.

Cette évolution n'est perceptible qu'au bout de plusieurs mois, mais on a alors l'impression de s'approcher de ce qu'est peut être le vrai rôle de la consultation psychiatrique, qui comme le souligne SCHNEIDER (101), s'il est bien de renseigner sur l'état psychique des patients qui inquiètent à ce point de vue est aussi et surtout d'introduire la notion de l'homme malade dans sa totalité et aussi celle de l'homme malade parce qu'il est homme et pour cette raison en danger constant de devoir affronter des situations de conflits traumatisants.

CONCLUSIONS

A partir de 100 demandes de consultation psychiatrique, nous avons d'abord essayé de situer la nature et l'importance des manifestations psychiatriques rencontrées dans le cadre d'un hôpital à vocation cardiologique. En réponse à ces situations, nous avons montré qu'elle avait été notre activité, en insistant sur la nécessité d'une intervention plus précoce.

En revenant à ce qui caractérise la demande de consultation, il est apparu que, par delà l'identification d'un patient, il existe une tentative de compréhension de ce qu'est l'homme malade dans sa dimension psychologique. La fonction du psychiatre est donc bien avant tout de faciliter cette compréhension pour permettre une poursuite des soins en milieu hospitalier.

Cela implique pour lui d'être un psychiatre différent, mais c'est en acceptant cette différence qu'il permettra au cardiologue de ne pas être que "le médecin du coeur" ; il s'agit bien là du désir du malade.

Le Président de la Thèse :

Pr J. GUYOTAT

Le Directeur de
l'U.E.R. LYON-NORD,

Pr Agrégé J.P. NEIDHARDT.

Vu et Permis d'imprimer
LYON, le 19 Septembre 1977

Le Président de l'Université
CLAUDE BERNARD LYON I

Pr D. GERMAIN

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALEXANDER F. La médecine psychosomatique, ses applications et ses principes.
Payot Edit. Paris 1952.
- 2 - BALINT M. Le médecin, son malade, la maladie.
Payot Edit. Paris 1966.
- 3 - BALINT M. Techniques psychothérapeutiques en médecine.
Payot Edit. Paris 1966.
- 4 - BEETSCHEN A. Les détresses psychologiques du réveil post-opératoire.
Cahiers d'anesthésiologie, 1976, 8, 24, pp. 889-899.
- 5 - BERSAY Cl. La réadaptation psychologique du coronarien.
Nouvelle Presse Médicale, 10 Fév. 1973, 2, 6, pp. 375-376.
- 6 - BIODJEKIAN G. Aspects psychothérapeutiques de l'intervention d'une psychologue dans un service de chirurgie cardiaque.
Psychothérapies médicales, Masson (à paraître).
- 7 - BLACHY P.H., STARR A. Post cardiectomy delirium.
American Journal of Psychiatry, 1964, 121, 4, pp. 371-375.
- 8 - BODY G., LABRAM C. Les problèmes psychologiques dans une unité de soins intensifs en cardiologie.
Archives des maladies du coeur, 1975, 68, 7, pp. 743-749.

- 9 - BONAMI M., RIME B. Réaction psychologique et attitude consécutive à l'infarctus du myocarde.
Acta psychiatria Belgica, 1972, 72, 1, pp. 80-95.

- 10 - BOUVRAIN Y., MARECHAL J.P., SLAMAR MOTTE G.
Angoisse et régression dans un service de soins intensifs cardiologiques.
La Presse Médicale, 7.XI.1970, 78, 47, pp. 2083-2085.

- 11 - BURGESS G.N., KIRKLIN JW. STAINAILBER
Quelques aspects psychiatriques de la chirurgie cardiaque à coeur ouvert.
Mayo Clinic Proceedings. 1967, 42, n° 1, pp. 1-12.

- 12 - CACHARD C. Quelques aspects d'une relation psychiatre-consultant médecin à l'hôpital général.
Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale, 1970, 2, 12, p. 145.

- 13 - CHARAZAC P.M. Recherche sur l'action psychodynamique de l'entraînement physique des convalescents d'infarctus du myocarde.
Thèse Méd. LYON, 1977.

- 14 - CHARDIN D. La psychiatrie à l'hôpital général.
Thèse Méd. Paris, 1974.

- 15 - CLERE J. Chirurgie cardiaque et manifestations psychotiques.
Mémoire C.E.S. Psychiatrie, Lyon, 1975.

- 16 - COLDEFY J.M. Psychologie appliquée à la chirurgie.
Flammarion Ed. Paris, 1963.

- 17 - COLDEFY J.M. Le lendemain de l'acte chirurgical. Les suites psychologiques et psychopathologiques.
XVIè Colloque International de la Société de psychologie médicale de langue française, Bordeaux, 10,11,12 Mai 1974. Psychologie Médicale 1974, 6,6 pp.

- 18 - COLLAUDIN M.J. La demande faite au psychiatre par les services de chirurgie d'un hôpital général.
Thèse Méd. Lyon, 1974.

- 19 - Congrès Psychiatrie et Psychologie médicale à l'hôpital général - Lyon, 20-22
Septembre 1974.
Psychologie Médicale, 1975, 7, 4.
- 20 - COTTRAUX J. L'imaginaire corporel en chirurgie cardiaque et pulmonaire ou le
théâtre des opérations.
Psychologie Médicale, 1975, 7, 4, pp. 729-735.
- 21 - COTTRAUX J. La psychosomatique n'existe pas ou l'avenir d'une désillusion.
Psychologie Médicale 1973, 5, 2, pp. 329-345.
- 22 - COTTRAUX J. L'investigation psychologique.
Cahiers Médicaux Lyonnais, 26.XI.71, vol. 47, n° 38, pp. 4407-4420.
4.II.72, vol. 48, n° 5, pp. 371-385.
- 23 - CRAHAY J.S. Le lendemain de l'acte chirurgical. Le point de vue du psychia-
tre.
Psychologie médicale, 1974, 6, 6.
- 24 - DEFRENNE J. Evaluation de la propension psychologique à la maladie cardio-
vasculaire.
Acta Psychiatrica Belgica, 1974, 74, 2, pp. 134-175.
- 25 - DELAY J., DENIKER P., GINESTET P., VERDEAUX G., RAUSCH de TRAUBENBERG N.
Effets neuro-psychiques des interventions avec arrêt circulatoire prolon-
gé en hypothermie profonde.
La Presse Médicale, 23.XII.1961, 69, 55, pp. 2539-2542.
- 26 - DEMANGEAT P. L'organe et sa signification.
XVI^e Colloque International de la Société de psychologie médicale de lan-
gue française, Bordeaux, 10-12 Mai 1974. Psychologie Médicale, 1974, 6, 6.
- 27 - DENIKER P., GINESTET A.
Les complications neuropsychiques des interventions à coeur ouvert.
Concours Médical, 12.9.1964, 86, 77, pp. 4981-4986.
- 28 - DONGIER M. L'approche psychosomatique en cardiologie art - science - pseudo-
science.
Congrès International de Médecine de langue française, Montréal, Septem-
bre 1967. Coeur et Médecine Interne, Avril 1968, 7, 2, pp. 229-235.

- 29 - DREWRY PH. Jr, WALL JH. Mental reactions and their management in patients with cardiac disease.
American Journal of Psychiatry 1937, 94 (2), pp. 561-576.
- 30 - ECKMANN F. Psychotropic agents and pathological E.C.G. changes.
Pharmakologikal. Psychiatrisch. Neurologie , 1975, 8, 2, pp. 57-68.
- 31 - ENGARD C. Etude psychologique d'opérés à coeur ouvert.
Psychologie Médicale, 1973, 5, 2, pp. 417-429.
- 32 - FENICHEL O. La théorie psychanalytique des névroses.
Presses Universitaires de France, Edit. Paris, 1974.
- 33 - FERRERI H., ALBY J.M.
La psychiatrie à l'hôpital général : identité fonction.
Encyclopédie médico-chirurgicale, 37402.. H . 10 .
- 34 - FOX H.M., RIZZO M.D., GIFFORD S.
Psychological observation of patients indergoing mitral surgery :
study of stress.
American Heart Journal, nov. 1954, 48, pp. 645-670.
- 35 - FRANCK K.A. A survey of adjustment to cardiac surgery.
Archives of Internal Medicine, 1972, 130, 5, pp. 735-738.
- 36 - FREUD S., BREUER J. Etudes sur l'hystérie.
Paris, PUF, 1956.
- 37 - FREUD S. Inhibition, symptôme, angoisse.
Paris, P.U.F., 1951.
- 38 - FREUD S. Pour introduire le narcissisme . La vie sexuelle.
P.U.F. Edit. 1970.
- 39 - FREUD S. Au-delà du principe du plaisir. Essais de psychanalyse.
Payot Edit. Paris, 1951.
- 40 - FREYHAN F.A.
Psychiatric complication following open heart surgery.
Comprehensive Psychiatry, 1971, 12, 3.

- 41 - FRIEDMAN M., ROSENMAN R.M.

Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings.

New York State Journal of Medicine, 1967, 67, 20, pp. 2720-2725.

- 42 - GONIN A., AIMARD G., FROMENT R.

Rôle des facteurs neuropsychiques dans l'expression de la maladie coronarienne constituée.

Congrès International de Médecine de langue française, Montréal Septembre 1967. Coeur Médecine Interne, 7, 2, Avril 1968, pp. 265-290.

- 43 - GRAS E. A propos de 3 cas d'accès mélancolique typique survenus après intervention cardiaque.

Thèse Paris, 1964.

- 44 - GRIVOIS H. Un psychiatre de garde dans un hôpital général.

La Presse Médicale 1975, 4, 1, pp. 355-358.

- 45 - Groupe coopératif de la fondation Neumann.

Approche psychologique en épidémiologie cardiovasculaire.

La Nouvelle Presse Médicale, 28.5.1977, n° 22.

- 46 - GRUEN N. Effects of brief psychotherapy during the hospitalisation periods on the recovery process in heart attacks.

Journal. Consult. Clinical Psychology, 1975, 43/2, pp. 223-232.

- 47 - GUYOTAT J. Médecin-Malade-Mort.

XII^e Colloque de Psychologie Médicale, Lyon 3.4.5. Avril 1970.

Psychologie Médicale 1970, 2, 3.

- 48 - GUYOTAT J. Les traitements psychologiques.

Cours Polycopié par le secrétariat du C.E.S. de Psychiatrie, Lyon, 1975.

- 49 - GUYOTAT J., HOCHMANN J., PELLET J., MARIE CARDINE M.

Psychiatrie et formation psychologique du médecin.

Congrès Psychiatrie et Neurologie de langue française. 1967, Dijon, Editions Masson.

- 50 - GUYOTAT J. L'ordre narcissique et la pratique médicale.
Evolution psychiatrique. Janvier, Mars 1974, 39, 1, pp. 7-22.
- 51 - GUYOTAT J., DUBERNARD C., COTTRAUX J.
Structure et fonctionnement du laboratoire de psychologie médicale.
Psychologie Médicale 1973, 5, 2, pp. 295-305.
- 52 - HAAR E., GREEN R., HYANIS L., JAFFE J.
Les besoins divers des médecins praticiens en psychiatrie.
Revue Médecine Psychosomatique. n° 4, T. 15, Hiver 1973.
- 53 - HADDAD A. Les complications psychiatriques des opérations à coeur ouvert
dans les cardiopathies post-rhumatismales de l'adulte.
Thèse Paris, Bicêtre 1972.
- 54 - HAZAN S.J. Complications psychiatriques après chirurgie cardiaque.
Journal of thoracic and cardiovascular surgery, Mars 1966, 51, 2, pp. 307-319.
- 55 - HELLER S., FRANCK K.A., KORNFELD D.
Psychological outcome following open heart surgery.
Annals of internal. Medicine, November 1974, vol. 134, pp. 908-914.
- 56 - HENRICHS T.F., MACKENZIE J.W., ALMOND CH.
Adaptation psychologique et complications psychiatriques après chirurgie
à coeur ouvert.
Journal of nervous and mental disease, Mai 1971, 152, n° 5, pp. 332-345.
- 57 - IBRAHIM K.A., Management after myocardial infarction a controlled trial
of the effect of group psychotherapy.
International Journal of Psychiatric in Medicine, 1974, 5, 3, pp. 253-268.
- 58 - ISRAEL L. Le médecin face au malade.
Dessart Ed. Bruxelles, 1968.
- 59 - JENKINS Psychologic and social risk factors for coronary heart disease.
New England Journal of medicine, 1971, 234, pp. 244-255.

- 60 - JOUVE A., DONGIER M. L'approche psycho-somatique en cardiologie.
Revue de Médecine Psychosomatique et de psychologie médicale.
1962, T. 4, 5, 299-308.
- 61 - JOUVE A. La place de la médecine psychosomatique en cardiologie.
Coeur et Médecine Interne. T. 7, n° 2, Avril 1968.
- 62 - JOUVE A. Recherches psychosomatiques en cardiologie.
La Presse Médicale, 1961, 69, 839-841.
1962, 70, 708-710.
- 63 - JOUVE A. Personnalité et stress dans la genèse de l'ischémie cardiaque
(angor et infarctus).
Archives Maladies du Coeur, 1960, p. 154.
- 64 - JUSTIN BESANCON L., PEQUIGNOT H., De PAILLERETS
Les problèmes psychiatriques d'un service de médecine générale.
Semaine des Hôpitaux, 8.3.1961, T. 37, n° 14, p. 825.
- 65 - JULIEN J.L. Rôle psychologique de l'acte médical en cardiologie. Le vécu
du malade, le vécu du médecin.
Psychother. Psychosom., 1973, 21, 1, 6, pp. 298-302.
- 66 - KANATSOULIS La psychologie du cardiaque.
Doin édit. Paris, 1961.
- 67 - KANATSOULIS La psychologie du cardiaque.
La Presse Médicale, 17.2.1962, p. 408.
- 68 - KAVANAGH T., SHEPHARD R.J., TRICK S.A.
Depression after myocardial infarction.
Canadian Medical Association Journal, 1975, 113, 1, pp. 23-27.
- 69 - KIMBALL C.P. Psychological responses to the experience of open heart sur-
gery.
American Journal of Psychiatry, Septembre 1969, 126, 3, pp. 348-359.
- 70 - KNOX S.J. Psychiatric aspects of mitral valvotomy.
British Journal of psychiatry, September 1963, 109, pp. 656-668.

- 71 - KORNFELD D.S., ZIMBERG S., HALM J.R.
Psychiatric complication of open heart surgery.
New England Journal of Medicine, 5 Août 1975, 273, n° 6, pp. 287-292.
- 72 - KORNFELD D. Personality and psychological factor in post cardiectomy delirium.
Archives of general psychiatry. 31 Aug. 1974, pp. 241-245.
- 73 - KOUPERNIK C. Psychologie du malade cardiaque chronique.
Symposium Monte Carlo 1967, Sandoz, Edit.
- 74 - KRESS J.J. La phobie cardiaque. Etudes cliniques et remarques psychanalytiques.
Thèse Méd. Strasbourg, 1964.
- 75 - LACROIX G. Psychiatrie à l'hôpital général.
Thèse Méd. Besançon, 1973.
- 76 - LAIR CV., KING D.
MMPI profile production for successful and expired open heart surgery patients.
Journal of Clinical Psychology, 1976, 32, 1, pp. 51-54.
- 77 - LAURAS Les particularités de la psychiatrie à l'hôpital général.
Concours Médical, 20.XII.1975, 97, 45.
- 78 - LAXENAIRE M., MATHIEU P., PICARD L., DORMAGEN P.
Les délires post-cardiotomiques (à propos de 5 observations).
Annales Medico-psychologiques, 1965, 2, pp. 206-214.
- 79 - LENEGRÉ J. Etats psychosomatiques en cardiologie.
Revue du Praticien , 10, 1959.
- 80 - LIPOWSKI Z.J.
Consultation de psychiatrie et de médecine psychosomatique à l'hôpital général.
Revue de Médecine Psychosomatique de psychologie médicale, 1969, n° 1, 2, 3.

- 81 - LIPOWSKI Z.J. La consultation psychiatrique : concepts et controverses.
American Journal of Psychiatry, 5 Mai 1977, 134, p. 523.
- 82 - LOREN J. Aspect psychologique de l'angoisse et son approche psychothérapique.
Psychologie Médicale, 1972, 4, 5.
- 83 - MARITAN C. Vivre sa mort de tous les jours. Réflexions sur une consultation de psychosomatique (principalement de coronarien) à l'hôpital cardiologique.
Thèse Méd. 1972, Lyon.
- 84 - MOREAU G., COTTRAUX J. Intervention psychologique d'urgence à l'hôpital cardiovasculaire et pneumologique.
XVIII Colloque International de la Société de psychologie médicale de langue française, Reims, 7,8 Mai 1976.
Psychologie Médicale 1977, 9, 3, pp. 485-492.
- 85 - ODDOUX Le cri du coeur : quelques réflexions sur la consultation de psychologie médicale.
Thèse Méd. Dijon.
- 86 - OWEN S., SURMON Usefullness of psychiatric intervention in patient indergoing cardiac surgery.
Archives of General Psychiatry, vol. 30 Juin 1974.
- 87 - PERRIER F. Structure hystérique et dialogue analytique.
Confrontations psychiatriques n° 1, sept. 1968, pp. 101-117.
- 88 - PERROUTY P., CATROS P., LACROTTE J.
Rétrécissement mitral et troubles mentaux.
Annales Médico-psychologiques, Juillet 1961, 119, pp. 329-333.
- 89 - PEYROUZET J.M., PAULY-LAUBRY G.
Troubles psychiques au cours des affections cardiovasculaires.
Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie, fas. 37670 A 10 (5.1975).
- 90 - PICARD L. Aspects neuropsychotiques de la chirurgie cardiaque à coeur ouvert.
Doin Edit., Paris, 1967.

- 91 - POROT M. Le médecin face au mourant.
Psychologie Médicale, 1970, 2, 3.
- 92 - RASTELLI Troubles psychiques chez les mitraux.
Thèse Méd. Grenoble 1974.
- 93 - REPLOGUE R., LEVY M., DEWALL R.A., LILLEHEI P.C.
Catecholamine and serotonin response to cardiopulmonary bypass.
Journal of Thoracic and cardiovascular Surgery, Nov. 1962, 44,
pp. 638-648.
- 94 - ROSENMAN R., FRIEDMANN
A predictive study of coronary heart disease.
J.A.M.A. 1964, 189, 15.
- 95 - RUBINSTEIN D., THOMAS J.K.,
Observations psychiatriques chez le sujet ayant subi une opération à
coeur ouvert.
American Journal of Psychiatry, Sept. 1969, 126, 403, pp. 360-369.
- 96 - SAADA D. Coronaires et médecine psychosomatique.
Thèse Méd. Paris, 1969.
- 97 - SACCO F., DURUDAND J.
Les psychologues à l'hôpital.
Revue Médecine Psychosomatique et psychologie médicale, T. 14, 1972,
n° 3.
- 98 - SAPIR M. La formation psychologique ou psychosomatique des médecins.
Evolution Psychiatrique 1967, 2, 404-406.
- 99 - SAPIR M. Le corps dans la relation médecin-malade.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie, 37402 E 10.
- 100 - SASSOLAS G., MARITAN Cl.
Le fantasme psychosomatique comme enjeu de la relation interniste
psychologue.
Psychologie Médicale, 1973, 5, 2, pp. 315-325.
- 101 - SCHNEIDER P.B. Discours d'ouverture. Introduction générale. Psychiatrie
et psychologie médicale à l'hôpital général.

Congrès Psychiatrie et Psychologie médicale à l'hôpital général.
Lyon 20-22 Septembre 1974.
Psychologie Médicale 1975, 7, 4, pp. 637-644.

- 102 - SCHNEIDER P.B. Psychologie Médicale.
Payot Edit., Paris, 1969.
- 103 - SENGRIPTA A.N. Psychological reaction after myocardial infarction.
Journal of Indian Medical Association 1972, 58, 7, pp. 241-242.
- 104 - SILVERSTONE Jr., TANNAHILL M.B., IRELAND W.
Aspects psychiatriques de l'hypothermie profonde dans la chirurgie
à coeur ouvert.
Journal of thoracic and cardiovascular Surgery, Février 1970,
59, 2, pp. 193-200.
- 105 - SVEINSSON I.S. Post-operative psychosis after heart surgery.
Journal of Thoracic and cardio vascular Surgery, 1975, 70, 4, pp.
717-726.
- 106 - TAVERNIER J.P. Contribution à la formation psychologique de l'équipe de
chirurgie cardiaque.
Thèse Med. Lyon.
- 107 - WELKIND A. Les complications psychiatriques des interventions cardiaques
à coeur ouvert. Le rôle de la privation sensorielle et du sommeil.
Concours Médical 1966, 88, pp. 4969-4971.
- 108 - WINNICOTT D. L'esprit et ses rapports avec la psyche-soma.
De la pédiatrie à la psychanalyse.
Payot Ed. Paris, 1969.
- 109 - WISHNIE H.A., HACHETT T.P., CASSEM N.H.
Psychological hazards of convalescence following myocardial infarc-
tion.
J.A.M.A. Feb. 1971, 215, 8, pp. 1292-1296.

